

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Mars 1901, à 1 heure

PAR

P. REBREYEND

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LES PLAIES PERFORANTES DE L'UTÉRUS

PRÉSIDENT : M. TILLAUX, professeur.

JUGES... { MM. LEGUEU,
RECLUS,
JALAGUIER, } agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1901

269

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Mars 1901, à 1 heure

PAR

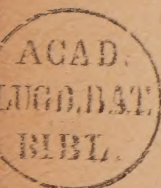
P. REBREYEND

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

**LES PLAIES PERFORANTES
DE L'UTÉRUS**

PRÉSIDENT : **M. TILLAUX**, professeur.

JUGES... { **MM. LEGUEU,**
 RECLUS, } agrégés.
 JALAGUIER,



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL
	Professeurs.	MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		{ HUTINEL.
		{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale.		POUCHET.
Thérapeutique.		LANDOUZY.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		N.
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE.
		{ DEBOVE.
Clinique médicale.		{ JACCOUD.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
		{ GRANCHER.
Maladies des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		{ TERRIER.
		{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.		{ LE DENTU.
		{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchement		{ BUDIN.
		{ PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (Aug.).	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (André).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance pour les
sacrifices que leur ont imposés mes études
médicales.

INTRODUCTION

La perforation utérine, d'une manière générale, n'est pas un accident fréquent ; produite de dehors en dedans, à travers une plaie pénétrante abdominale, elle n'a pas cessé d'être une rareté pathologique. Il en est autrement des plaies perforantes produites de dedans en dehors.

Tant que les interventions intra-utérines sont restées timides et peu répandues, c'est-à-dire avant l'avènement de la période antiseptique, les cas exceptionnellement observés et publiés n'ont pu faire l'objet d'une étude générale ; trop peu nombreux et trop disparates, ils sont à peine signalés dans les traités classiques. C'est à peine si Huguier émet sur eux, en 1865, une idée générale, celle de leur bénignité. Encore ne considère-t-il que le cas très spécial de perforation par cathétérisme.

Le perfectionnement et la vulgarisation des méthodes de gynécologie opératoire entraînent avec eux, semble-t-il, comme un mal nécessaire une augmentation de fréquence de ces accidents. On les trouve relativement nombreux au passif des pessaires intra-utérins, des redressements instrumentaux brusques, des énucléations de tumeurs interstitielles.

Mais il faut arriver à une époque toute récente, celle de la rénovation du curettage, c'est-à-dire aux années 1888 et suivantes, pour voir la fréquence nouvelle de cet accident attirer à juste titre l'attention des gynécologues.

L'histoire de cet engouement passager pour une opération

tombée en désuétude, et remise en honneur sous le couvert de l'antisepsie ; ses succès, ses abus et ses revers, sont encore dans tous les esprits. Aujourd'hui que cette petite intervention, si vantée et si décriée, semble avoir repris en gynécologie la place exacte qui lui revient légitimement, l'étude des discussions auxquelles elle donna lieu constitue un chapitre singulièrement instructif de l'histoire médicale contemporaine. Élevée jusqu'à la hauteur d'une panacée des affections utérines, de par sa facilité et son innocuité relatives, ses triomphes dépassèrent le milieu scientifique et son nom fut populaire même au public extra-médical. Elle paya, comme de juste, le prix de cette excessive popularité, et le discrédit qui s'attacha par la suite à son nom n'a pas encore complètement disparu.

L'histoire des perforations utérines est presque entièrement liée à l'histoire du curettage : chose curieuse, à l'époque des triomphes de la méthode nouvelle, cet accident fut peu ou point signalé ; en tout cas peu ou point publié. Lorsque la réaction se produisit, inévitable, ce fut à qui publierait un nouveau cas de perforation. Pour la première fois ces faits, groupés en séries nombreuses, firent l'objet d'études générales, arguments puissants aux mains des adversaires de l'opération. C'est au cours des années 1892, 1893 et suivantes, que la bibliographie sur ce point est la plus riche.

Depuis, nous avons vu le curettage se restreindre, et, en quelque sorte, s'assagir ; il est naturel que ses accidents aient diminué de fréquence, et c'est ce qui s'est produit. Les opérateurs, prévenus du danger et des précautions à prendre pour l'éviter, n'ont plus vu qu'exceptionnellement se produire la perforation utérine.

Une excellente thèse, celle de notre collègue Lenoir, a résumé en 1898 les résultats de cette expérience nouvellement acquise. On pourrait penser que notre étude fera double emploi.

Certes, nous avons emprunté à ce travail et des faits et des idées ; mais il nous a paru que son titre même, le restreignant aux cas de perforation chirurgicale, laissait place à une étude générale, qui, à notre connaissance, n'a jamais été faite.

Une revue minutieuse de causes prédisposantes et déterminantes des perforations, une étude anatomo-pathologique aussi complète que possible des lésions observées présentaient un intérêt considérable : les indications thérapeutiques à en déduire en offraient un bien plus grand encore. Quand on pense qu'en présence de cet accident, beaucoup de praticiens hésitent encore entre des conduites aussi différentes que l'abstention pure et simple et l'hystérectomie totale, il nous a paru qu'il y avait là encore quelque chose à préciser.

Enfin, nous avons eu l'ambition de réunir, pour en tirer des conclusions intéressantes, la presque totalité des cas publiés en France et à l'étranger. Sur certains points, tels que les fistules métro-péritonéales, nous avons pu ébaucher une étude que, seuls, de nouveaux faits pourront permettre de pousser à fond.

Un dernier mot : le nombre des cas publiés de la science ne répond évidemment qu'à une faible proportion des utérus perforés. Il faut savoir gré à tout opérateur qui publie loyalement l'observation d'une perforation utérine : le silence gardé sur bien des faits nous a privés sans doute de documents intéressants : heureux encore quand nous ne voyons pas des perforations authentiques publiées sous le nom de « cathétérismes de la trompe » ou même de « fausses perforations ».

Je veux dire un mot encore du titre de ce travail et de son plan.

Le mot perforation utérine est consacré par l'usage, mais dans un sens relativement restreint : il évoque l'idée d'une lésion produite de dedans en dehors, au cours des opérations vaginales. Le mot plaie pénétrante répond exactement au cas contraire, aux plaies produites de dehors en dedans. En disant : « *plaie perforante* » j'ai voulu exprimer l'intention de réunir les unes et les autres en une étude générale.

Il faut donc définir ce que nous entendrons, au cours de ce travail, par plaie perforante de l'utérus. Pour que cette lésion soit constituée, il faut et il suffit que la cavité de l'organe soit mise d'une façon subite et immédiate en communication avec une cavité voisine quelconque.

Ce n'est pas là une pure question de mot : on va le comprendre. Une laminaire placée dans l'utérus ulcère par son talon le col et ressort dans le vagin à quelque distance de l'orifice cervical : *il y a plaie perforante*.

Au cours d'un avortement criminel, une tige fait fausse route dans le col, passe en plein parenchyme et va ouvrir le péritoine, sans avoir pénétré dans la cavité de l'utérus. *Il y a plaie pénétrante de l'abdomen ; il n'y a pas plaie perforante de l'utérus*.

Notre ambition étant d'avoir fait une étude aussi complète que possible, on pourra trouver étrange que nous omettions de parti pris les ruptures spontanées ou instrumentales du travail. Cette grosse question nous a paru assez limitée, spéciale, et définie pour pouvoir être distraite sans inconvénient. Au contraire des autres perforations, celles-ci ont été très bien et minutieusement étudiées. Faire pour l'étude des plaies perforantes ce qu'on a fait pour celle des ruptures, tel était précisément notre but.

La première partie de ce travail sera consacrée aux lésions produites de dehors en dedans : la seconde, de beaucoup la plus importante, traitera des traumatismes dirigés de dedans en dehors. On trouvera à la suite la totalité des observations que nous avons pu recueillir dans la science, grossie de quelques cas inédits, dus à notre modeste expérience personnelle.

En présentant ce travail, ce m'est un devoir très doux que d'acquitter une dette de reconnaissance envers les maîtres qui m'ont fait profiter de leur expérience, aidé de leur exemple et de leurs conseils.

A la mémoire du regretté DUJARDIN-BEAUMETZ, qui me dirigea vers la carrière médicale, et y fut ensuite mon premier maître, je veux rendre avant tout l'hommage de mon respectueux souvenir.

M. le D^r FÉLIZET, dans son beau service de Tenon, M. le P^r

BERGER et M. LEJARS à la Pitié, M. PICQUÉ à Ivry, m'instruisirent dans les premiers éléments de la chirurgie générale.

Interne de première année, j'eus le regret de perdre avec CONSTANTIN PAUL l'expérience d'un grand thérapeute et d'un excellent clinicien. Grâce à des maîtres jeunes, MM. DARIER, Louis GUINON et LESAGE, je pus profiter néanmoins de mon séjour d'une année dans ce grand service, en particulier dans cette crèche modèle, si riche en sujets d'étude.

M. MARCHAND d'abord, dans son beau service de Saint-Louis ; M. HEMBERT ensuite, à l'hôpital du Midi, dirigèrent ma seconde année d'internat.

Je dois à M. TUFFIER, chez qui je passai ma troisième année, d'incomparables exemples et d'inoubliables leçons : j'ai vu entre ses mains, les plus délicates interventions viscérales prendre la simplicité pratique de la chirurgie journalière : curieux de toutes les notions nouvelles et toujours au premier rang de l'évolution scientifique de son temps, il communique à tous ceux qui l'approchent son désir incessant de perfectionnements et de progrès.

Enfin, j'eus l'honneur, pour terminer mon internat, d'avoir pour maître M. le Dr Pozzi. Dans ce service modèle, j'ai pu voir la perfection matérielle au service de l'expérience incontestée. Profitant directement du plus haut enseignement gynécologique qui soit en France, je lui dois la plupart des idées qui se trouveront développées dans ce travail.

C'est au cours de cette année que j'eus le bonheur de rencontrer dans le service M. le Dr LEGUEU. Qu'il nous permette de lui exprimer notre gratitude à la fois pour les leçons qu'il nous a données, et pour l'amitié qu'il a bien voulu nous témoigner en toute circonstance. Nous pensons toujours avec un affectueux respect à la bonne grâce, à la simplicité cordiale avec lesquelles il nous a fait profiter de son précieux savoir.

M. le Pr TILLAUX nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il nous permette de lui en exprimer ici notre gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'UTÉRUS DE DEHORS EN DEDANS

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS.

PLAIES DE L'UTÉRUS SANS LÉSION DE LA PAROI

La situation profonde de l'utérus, sa mobilité, la protection relative que lui assurent les parois osseuses du bassin, expliquent la très grande rareté de ces plaies. On ne les observe guère en dehors de l'état de gestation où l'utérus, s'élevant au-dessus du détroit supérieur, prend vraiment les caractères d'un viscère abdominal. Dans la presque totalité des cas publiés, il s'agit soit de grands traumatismes, où la lésion utérine apparaît comme accessoire : soit de plaies par armes à feu contre lesquelles la profondeur de l'organe ne saurait constituer une protection. Il faut enfin réserver une mention spéciale aux lésions accidentelles produites au cours des laparotomies, pour affections des annexes en particulier.

Bien que la question puisse paraître du ressort de l'obstétrique, nous ne pouvons la passer sous silence. Il ne s'agit pas en effet, ici, comme dans les ruptures utérines du travail, d'une lésion bien déterminée, dont le mécanisme, l'anatomie patho-

logique et dans une certaine mesure, l'histoire clinique se présentent d'une façon à peu près uniforme. La diversité des agents traumatiques, comme aussi les circonstances où ils agissent, concourent à en faire une question bien chirurgicale. Un autre argument qui a sa valeur est que, dans la grande majorité des cas, c'est le chirurgien qui sera appelé à constater ces lésions traumatiques, et, vu leur gravité et leur urgence, à poser l'indication opératoire, et à intervenir.

Sous le nom de grands traumatismes nous sommes forcés de réunir des faits un peu disparates; nous pouvons néanmoins établir une première classification entre les cas où la paroi abdominale est indemne, et ceux où elle est préliminairement lésée.

Pour rare que soit la rupture traumatique de l'utérus sans plaie abdominale, on en a néanmoins signalé quelques cas. Rensing (1) les a réunis en les analysant: ce sont, outre celui de l'auteur, ceux de Plenio, Slaviansky, et Nengebauer. Deux fois, le traumatisme a été direct: écrasement par roue de voiture (Slaviansky), fracture du bassin avec lacération directe de l'utérus par les fragments (Nengebauer); deux fois il a agi indirectement: chute sur les épaules dans le cas de Plenio; chute sur les genoux dans le cas de Rensing.

On conçoit que la gravidité soit la condition nécessaire de ces ruptures: elle donne à l'utérus la valeur d'une tumeur liquide de l'abdomen. Comme celles-ci (kyste, vessie distendue) l'utérus heurtant la paroi abdominale, la colonne lombaire, ou la paroi du bassin, subit une compression brusque dont le résultat, — une augmentation de pression intérieure, — amène la rupture. Il faut aussi tenir compte de l'action directe du fœtus venant frapper, dans le cas de Slaviansky, la paroi utérine immobilisée contre la colonne vertébrale. La grossesse molaire a été notée dans un cas, celui rapporté par Ouvry (2). On comprend qu'elle mette, au point de vue du traumatisme, l'utérus dans

(1) RENSING. *Centralbl. für gyn.*, 12 janvier 1895.

(2) OUVRY, *Thèse*, Paris.

des conditions analogues à celles de la gravidité. Elle peut, en outre, affaiblir directement la paroi, infiltrée de vésicules.

La symptomatologie, ici comme dans les ruptures du travail, est dominée par un seul élément : l'hémorragie. Celle-ci peut être foudroyante, grave, ou modérée. Dans ce dernier cas, il est très remarquable de voir la bénignité apparente et momentanée des symptômes : c'est ainsi que la malade de Rensing, relevée, a pu faire quelques pas, et, pendant les trois jours suivants, a relativement très peu souffert. Le placenta faisant tampon avait obstrué la déchirure et partiellement arrêté l'hémorragie.

Si, dès le début, l'hémorragie s'est montrée modérée, cette bénignité des symptômes peut être très prolongée ; on en conçoit la raison ; cette plaie, pour grave qu'elle soit, est une plaie fermée : au danger d'hémorragie, toujours menaçant, ne vient pas s'ajouter le danger d'infection. C'est ce qui explique le succès possible d'une intervention même tardive.

A côté de ces ruptures traumatiques, il faut, pour être complet, signaler quelques cas de ruptures spontanées ; ces cas, d'une rareté exceptionnelle, se rapportent tous à la période pré-antiseptique. Il s'agit, en effet, de perforations causées par des collections purulentes péri-utérines ouvertes dans la cavité de l'utérus, et l'on doit remonter au temps des suppurations profuses et interminables pour trouver réalisées les conditions nécessaires : collections énormes et non évacuées. Tous ces cas, sans exception, se sont terminés par la mort : celle-ci paraît avoir été due moins à la perforation utérine elle-même qu'à la suppuration prolongée.

Ces lésions présentent, en tout cas, un intérêt minime et purement historique ; la condition première qui les rendait réalisables a disparu de la chirurgie contemporaine.

CHAPITRE II

PLAIES DE L'UTÉRUS AVEC LÉSIONS DE LA PAROI

(Causes. — Signes. — Diagnostic.)

Mettons à part le cas tout à fait exceptionnel de Guelliot (1), où un coup de couteau, pénétrant par la fesse gauche, blessa l'utérus à travers l'échancrure sciatique. Dans ce cas unique, à part l'avortement survenu le lendemain, les suites furent d'une benignité remarquable; la malade se leva au 13^e jour et guérit sans avoir présenté de réaction fébrile.

Quand la plaie utérine se produit au travers des parois abdominales, l'agent vulnérant qui la cause peut être des plus variables; nous tenterons de les diviser d'une façon aussi logique que possible; dans un premier groupe on peut placer les larges plaies par instrument tranchant, par corne d'animal, les empoisonnements accidentels ou criminels par faux, épieu, baïonnette.

Un second groupe bien distinct comprend les plaies par armes à feu (balles de différents calibres, plombs de chasse). Enfin dans un troisième et dernier groupe, on peut ranger les piqûres, les ponctions accidentelles dues à une erreur de diagnostic ou à une faute opératoire.

Cette division n'est pas purement empirique; elle répond, comme on le verra, à d'importantes différences dans les indications ou les contre-indications opératoires. Dans chacun des

(1) GUILLIOT, *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine de Paris*, 1886, p. 337.

groupes ou pourra d'ailleurs avoir affaire à des cas très simples ou très complexes, en tout cas très différents les uns des autres.

§ I. — Plaies par instrument tranchant ou corne d'animal (1).

Sur un nombre total de quarante cas relatés par Estor et Puech, 24 rentrent dans notre première catégorie : sur ce chiffre, 11 se rapportent à des plaies par instrument tranchant, 13 à des embrochements par coup de corne.

Les auteurs de l'article précité ont distingué d'une façon très précise les conditions dans lesquelles s'est produit le traumatisme ; en dehors des blessures accidentelles ou criminelles, il faut signaler cette étiologie presque incroyable de femmes pratiquant sur elles-mêmes une véritable césarienne soit par crainte des douleurs de l'accouchement soit pour faire disparaître une grossesse illégitime.

Ces cas sont au nombre de sept ; ce sont ceux de Aisenstadt (2), von Gugenberg (3), Harris (4), Bernhardt (5), Baliva et Serpiéro (6), Moseley (7), auxquels il faut ajouter l'observation anonyme rapportée sous le n° IV dans le travail d'Estor et Puech (8).

Quant à l'instrument vulnérant, dans cinq cas il s'agit d'un couteau de cuisine ; dans deux cas d'un rasoir ; une faux, une hache, un canif et une épée ont été notés chacun une fois.

Il y a lieu de considérer dans des traumatismes de cette im-

(1) On trouvera la plupart des faits cités ici recueillis et très judicieusement étudiés dans l'article de MM. ESTOR et PUECH. *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, novembre-décembre 1899.

(2) *Wratck*, 1886, n° 42, p. 750.

(3) *British med. Journal*, 21 février 1885.

(4) *Amer. Journal of med. Sciences*, 1888.

(5) *Union médicale*, 1870, n° 80, p. 31.

(6) *Centr. für Gynäk.*, 1886.

(7) *Tropical diseases*. Londres, 1803.

(8) *New-York med. et phys. Journal*, 1823, vol. II.

portance, et plus encore peut-être dans les embrochements par corne d'animal, un double élément qui domine le pronostic et l'intervention : d'une part la plaie utérine, quelle qu'elle soit ; d'autre part la large plaie pénétrante de l'abdomen, l'ouverture péritonéale avec ou sans lésion coexistante des autres viscères abdominaux.

Dans l'immense majorité des cas, on peut dire que la plaie utérine, par sa gravité immédiate, domine d'emblée tout le tableau symptomatique ; que les lésions concomitantes et la plaie péritonéale jouent dans l'évolution consécutive le rôle prépondérant.

Le symptôme essentiel, constant, d'extrême urgence, c'est l'hémorragie ; dans un seul cas, elle a paru manquer ; il s'agissait d'une blessure de 12 millimètres (1) qui rentre plutôt dans les plaies par instrument piquant ; partout ailleurs, elle est, suivant les expressions des auteurs, « abondante », « prodigieuse » ; la malade est « littéralement dans le sang » ; même alors qu'une notable partie du sang demeure dans le ventre, les larges dimensions de l'ouverture permettent de s'en rendre compte, et les signes connus de l'anémie aiguë par hémorragie interne ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

Cet écoulement sanguin a pour origine principale la paroi utérine ; néanmoins dans un cas unique où la plaie de l'utérus n'était pas pénétrante, l'hémorragie fut minime (2). La perforation complète, d'une part, et d'autre part, les lésions du placenta et de la zone sous-jacente, jouent un rôle très considérable ; le placenta était indemne dans le cas observé par Schwartz (3), où la malade put attendre sept heures l'intervention. Concurramment avec le sang, le liquide amniotique inonde largement le péritoine et coule par la blessure : en pratique les deux écoulements étant simultanés, c'est un flot de liquide séro-sanguin-

(1) FINELL. *Trans. of the New-York path. Society*, vol. III, p. 249.

(2) BERNHARDT. *Loc. cit.*

(3) *Société de chirurgie*, 26 octobre 1887.

nolent qui s'écoule, de plus en plus sanglant à mesure que s'épuise le contenu de l'amnios.

On conçoit que dans de tels traumatismes, le fœtus échappe difficilement à la cause vulnérante : il serait fastidieux d'énumérer les régions très diverses où l'on a trouvé des lésions ; elles répondent naturellement à la partie fœtale en rapport avec le point de l'utérus traversé : sur 25 cas relatés par Estor et Puech, 12 fois le fœtus était mort ; 5 fois il vécut de 8 heures à 4 mois ; 7 fois il survécut : il faut signaler le cas très intéressant de Moseley (1), où un fœtus blessé à la cuisse mourut au 6^e jour, probablement du tétanos.

Lorsque les dimensions de la plaie sont très considérables, on observe le passage total ou partiel du fœtus dans l'abdomen : lorsque cette complication n'est pas immédiate, elle peut se produire secondairement sous l'influence des contractions de l'utérus.

Il faut compter, en effet, dans les heures qui suivent, avec la double propriété de la musculature utérine : rétraction et contraction. L'effet de la rétraction est de rétrécir la plaie : d'appliquer intimement, du fait de la disparition du liquide amniotique, la paroi utérine sur le fœtus. On a vu, de ce fait, l'extraction être rendue très laborieuse. Quant à la contraction, elle produit des effets absolument contraires : élargissement de la plaie, expulsion partielle du contenu de l'utérus. — Bien qu'en général un peu plus tardive que la rétraction, elle ne tarde guère à se manifester : les dimensions de la plaie décident alors de la voie d'expulsion du fœtus. Est-elle petite ? Il y a chance de le voir progresser par les voies naturelles. Est-elle considérable ? Le fœtus passera dans le ventre.

Ce passage partiel ou total se fait toujours, en tout cas, à ciel ouvert, pourrait-on dire, et le chirurgien le constate sans aucune difficulté.

En règle générale, quand le fœtus entier a quitté l'utérus,

(1) MOSELEY. *Loc. cit.*

il ne demeure pas dans la cavité péritonéale (1) : son expulsion spontanée par l'ouverture de la paroi ne saurait tarder. Cela tient à ce que les dimensions de celle-ci dépassent toujours celles de la boutonnière utérine. On a même vu, dans un cas, l'utérus lui-même se hernier hors de l'abdomen. Quand l'issue du contenu n'est que partielle, toutes les parties du fœtus et de ses annexes peuvent se rencontrer : le cordon, un membre, la tête seule, le corps entier moins la tête. Il est remarquable que cette issue partielle a paru quelquefois une circonstance heureuse, la partie fœtale faisant tampon sur les lèvres de la plaie utérine qui l'étranglent.

Tous ces détails sont aisément constatés, grâce aux dimensions larges de la plaie ; du même coup, les lésions complexes des autres viscères abdominaux sont rendues apparentes.

Ce sont des hernies (hernie de l'épiploon, hernie de l'intestin) et des plaies (intestin, épiploon, mésentère, vessie).

Ces lésions éclipsées momentanément dans le tableau frappant de l'hémorragie recouvrent toute leur importance lorsque la malade résiste à celle-ci. Elles sont le point de départ habituel des accidents consécutifs, de la péritonite généralisée.

Pour considérable que soit le traumatisme, la lésion de l'intestin s'est montrée relativement rare. Estor et Puech donnent cette explication vraisemblable que l'utérus gravide refoule en haut et en arrière la masse intestinale.

Le pronostic de ces plaies larges, livrées à elles-mêmes, est dominé presque uniquement par la péritonite : du moment que la malade a résisté à l'hémorragie immédiate, nous nous retrouvons dans les conditions ordinaires d'une large plaie pénétrante de l'abdomen. L'infection de la plaie pariétale, d'une part, la perforation intestinale de l'autre en sont, comme ailleurs, les deux facteurs principaux de gravité ; la présence d'un épanchement sanguin dans le péritoine intervient pour favoriser l'infection, quel

(1) On a vu un fœtus embroché d'un coup de corne et projeté à distance.

On a vu également des malades s'ouvrant elles-mêmes le ventre avoir la force d'en retirer le fœtus.

qu'en soit le point de départ. — Nous discuterons, à propos du traitement, les différentes indications opératoires suivant le moment où l'on intervient.

Il est évident que dans des traumatismes de cette nature, la continuation de la grossesse constitue une impossibilité : la survie du fœtus, au contraire, est possible : on en trouvera de nombreux cas signalés par Estor et Puech. Toutefois, il faut savoir que ces fœtus ainsi miraculeusement épargnés, -- pourrait-on dire -- présentent parfois des lésions traumatiques auxquelles ils peuvent ultérieurement succomber.

§ II. — Plaies par arme à feu.

Sur l'ensemble de la statistique établie par Estor et Puech, les plaies par armes à feu ne figurent que pour 40 cas : théoriquement pourtant, on comprendrait qu'elles fussent plus fréquentes : la paroi osseuse du bassin, la profondeur de l'organe ne sauraient constituer ici une protection efficace, et le projectile du plus petit calibre peut léser l'utérus isolément ou accessoirement.

Il y a donc une différence énorme entre le tableau clinique des plaies par arme blanche et celui des plaies par arme à feu : autant dans les premières, la lésion est évidente, exposée à ciel ouvert, autant dans les secondes elle peut être obscure pendant les premières heures qui suivent l'accident.

La plaie par arme blanche, dominée tout entière par l'hémorragie immédiate, peut amener la mort en quelques instants : en tout cas rendre rapidement la malade exsangue : la plaie par arme à feu, de petites dimensions, saigne infiniment moins, en tout état de cause : d'abord, il est évident qu'elle fait à la paroi utérine, au placenta, au fœtus lui-même, des lésions sérieuses sans doute, mais beaucoup plus limitées. — En second lieu l'hémorragie traumatique issue de la plaie utérine n'a aucune tendance à s'évacuer par la très petite plaie abdominale. Le sang s'accumule dans le ventre, libre ou sous forme de caillots.

On conçoit qu'à travers le petit orifice créé par la balle, la procidence des parties fœtales soit une exception ; le cordon seul a été signalé dans les observations publiées jusqu'à ce jour. — Voir le cas présenté par Albarran à la Société de chirurgie (1).

Au contraire, la multiplicité des plaies, loin d'être l'exception est ici le cas presque constant : l'utérus est perforé de part en part.

Il est rare d'observer comme dans les cas de Kehr (2) et Robinson (3) un orifice unique ; chez la première malade, d'ailleurs, la balle ne put être retrouvée, et il est permis de supposer qu'elle était restée implantée dans la paroi opposée, perforée incomplètement.

Unique ou multiple, la plaie utérine par arme à feu ne tarde pas à subir, comme les autres plaies, l'influence de la rétraction et de la contraction utérines. La rétraction peut en diminuer momentanément l'orifice ; la contraction, au contraire, l'élargit, et avec une rapidité remarquable. Byford (4) a vu une plaie admettant juste l'extrémité de l'index prendre en dix minutes les dimensions d'un dollar d'argent.

L'hémorragie interne peut être, de ce fait, considérablement augmentée.

On pourrait dire, avec une apparence de paradoxe, que cette bénignité relative et immédiate des plaies de l'utérus par arme à feu constitue leur principal facteur de gravité. — Il se peut qu'en présence d'une blessure pariétale petite, saignant à peine, obturée parfois immédiatement par l'épiploon, on se laisse aller à une temporisation dangereuse.

Rappelons qu'après l'hémorragie, le danger le plus grave est l'infection ; que cette infection a pour point de départ fréquent la perforation intestinale. La perforation intestinale, évidente dans les plaies larges est ici d'autant plus redoutable qu'elle est cachée.

(1) *Société de chirurgie*, 27 février 1895.

(2) KEHR. *Centralblatt für Chirurgie*, 1893, n° 29.

(3) ROBINSON. *The Lancet*, 23 octobre 1897, p. 1043.

(4) *American Gynaecological Society*, août 1883.

L'intestin, l'épiploon, le mésentère sont-ils indemnes ? Que se passera-t-il ? Rapidement le travail commence. — Intact ou lésé, mort ou vivant, le fœtus est expulsé par les voies naturelles.

C'est à ce moment que, presque dans tous les cas, s'est manifestée la complication la plus redoutable de ces plaies : l'hémorragie utérine par le vagin : à ce moment aussi que la main, introduite dans l'utérus pour faire la délivrance artificielle rapide, constate directement la lésion utérine. Dans le cas de Robinson, l'orifice unique était obturé par les membranes : il ne faudrait pas compter, en pratique, sur cette circonstance heureuse, mais exceptionnelle.

Plaie hypogastrique suivie d'avortement rapide ; hémorragie interne le plus souvent modérée ; forte hémorragie de la délivrance : tel est donc le tableau clinique habituel. C'est celui de la plaie utérine isolée sans lésions complexes du côté du tube digestif. Quand ces dernières existent, elles se manifestent d'une façon plus tardive par la péritonite aiguë qui en est la conséquence.

§ III. — Plaies par instruments piquants.

Nous serons forcé de rapprocher dans ce dernier groupe, des faits d'un ordre un peu disparate, car il est bien certain que certains instruments piquants (pieu, clou volumineux, dent de fourche) sont capables de produire de grands traumatismes et des ravages locaux redoutables et complexes. D'autres, au contraire (trocart, aiguilles), sont remarquables par leur innocuité pour la mère, bornant leur action traumatisante à la blessure ou à l'expulsion du fœtus.

Nous passerons rapidement sur les premiers, dont Estor et Puech ont recueilli plusieurs curieux exemples. Plaie par coup d'épée (1), par clou (2), par bâton pointu (3). Tous, d'ailleurs

(1) DEVAUX, in BOIVIN et DUGÉS. *Mal. de l'utérus*. Paris, 1833, t. I, p. 77.

(2) PLANCHON. *Traité complet de l'opération césarienne*. Paris, 1801.

(3) HOFFMANN, in REICHARD. *Diss. Chir. Hallerianae*, 1735.

remontant à la période pré-antiseptique, ne présentent guère qu'un intérêt de curiosité.

La perforation, ou mieux, la ponction de la paroi utérine par un instrument piquant de petit calibre est un accident qui peut se produire dans deux circonstances distinctes : 1° à travers la paroi abdominale ; 2° le ventre étant ouvert, au cours d'une opération chirurgicale.

Dans le premier cas, il importe de distinguer les lésions accidentelles (aiguille à chapeau dans l'observation de Tarnier), des lésions chirurgicales (ponction au trocart par suite d'erreur de diagnostic ; ponction volontaire dans l'hydramnios) ; dans le deuxième cas, c'est toujours à la seconde variété qu'on a affaire.

Il existe une différence essentielle entre une lésion traumatique accidentelle, quelle qu'elle soit, et une lésion chirurgicale : c'est que dans la première l'agent vulnérant doit toujours être soupçonné septique ; que dans la seconde il doit être présumé aseptique. — Par conséquent, si dans le premier cas il y a un certain danger pour la mère, ce danger n'existe pas dans les ponctions chirurgicales.

Examinons maintenant les conséquences du traumatisme au point de vue de la grossesse seulement. La ponction aseptique de l'utérus a été préconisée, il y a plus de dix ans, comme traitement de l'hydramnios (1) ; elle expose, il est vrai, d'une façon habituelle, mais non tout à fait croissante, à l'accouchement prématuré.

Comme l'a très bien fait observer un auteur américain, Carroll Lee (2), la clinique démontre que l'avortement dépend, non de la lésion utérine si grave qu'elle soit, mais des lésions du contenu de l'utérus. On comprend que dans quelques cas, rares et exceptionnels, la grossesse ait pu continuer son cours,

(1) LEPAGE. De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale dans l'hydrométrie de l'amnios. *Annales de gynéc. et d'obst.*, octobre 1888.

(2) CARROLL LEE. Traitement de la ponction accidentelle de l'utérus gravide dans la laparotomie. *American Gynecological Society*, août 1883.

soit que la blessure de la paroi n'ait pas intéressé toute l'épaisseur de l'organe ; soit, ce qui est plus douteux, qu'une certaine quantité de liquide amniotique ait pu être évacuée, sans causer l'avortement (1).

Les symptômes immédiats de la piqure utérine présentent par rapport aux autres traumatismes de cet organe une remarquable atténuation ; dans le cas de piqures traumatiques on voit les malades marcher, aller trouver elles-mêmes le médecin, et, cela, sans aggravation notable ; telle la malade de Tarnier (2) qui, s'enfonçant accidentellement une épingle à chapeau dans l'utérus, va trouver un chirurgien, se fait extraire l'épingle et ne présente, pendant une durée prolongée, que des pertes aqueuses et sanguinolentes. Lorsque l'avortement survient, il a lieu sans aucune complication.

Si la ponction a lieu à l'aide d'un trocart, l'issue de liquide amniotique est d'emblée évidente, pathognomonique. On pourrait néanmoins prendre ce liquide pour le contenu d'un kyste, et n'être averti de l'erreur que par l'apparition des contractions utérines.

A fortiori, le chirurgien qui commettra cette erreur, le ventre étant ouvert, ne conservera aucun doute sur la nature de la faute ou de l'accident opératoire.

Tout revient donc à cette conséquence simple : un avortement traumatique ; cet avortement ne présente ni plus, ni moins de gravité que s'il reconnaissait toute autre cause. Il ne présente pas de complications spéciales et n'impose aucune indication nouvelle.

(1) H. G. GARRIGUES. *American Gynecological Society*, août 1883.

(2) TARNIER. *Semaine médicale*, 1895, p. 386.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES PLAIES DE L'UTÉRUS PRODUITES DE DEHORS EN DEDANS

A chacune des trois variétés de plaies pénétrantes étudiées dans les chapitres précédents, des indications opératoires bien distinctes sont applicables : dans leur ensemble, elles ont suivi, au cours de ces dernières années, l'évolution de la chirurgie moderne. — Il ne faudra donc pas nous étonner si des avis formulés, il y a une dizaine d'années par les voix les plus autorisées, sont susceptibles d'être aujourd'hui modifiés dans le sens d'une plus grande hardiesse.

Nulle part l'indication ne se présente plus nette que dans les larges plaies par instruments tranchants. — Vu leurs dimensions, celles-ci prennent la valeur d'une laparotomie exploratrice ; les lésions complexes variées (utérus, intestin, mésentère) sont évidentes et exposées à l'œil. Le chirurgien n'a donc pas à prendre ici la décision de s'abstenir ou d'opérer : toute son action se borne à la réparation aussi complète que possible ; à l'hémostase des vaisseaux qui saignent ; à la suture des perforations.

Si donc il y a issue au dehors de la totalité ou de la majeure partie du fœtus, la première indication est de l'extraire, avec le placenta si possible, de manière à pratiquer ensuite la suture méthodique de l'utérus. Il y a treize ans déjà, Schwartz formulait ainsi son avis : « La réduction des parties fœtales suivie de « suture n'est pas à conseiller ; mieux vaut faire précéder la « suture de l'extraction du fœtus (1). »

(1) SCHWARTZ. *Loc. cit.*

Réintégrer, en effet, dans des membranes ouvertes, dans une cavité amniotique vide, un fœtus mort ou mourant, et s'exposer de gaité de cœur aux dangers d'un avortement pratiqué dans ces conditions, serait une pure folie. Non seulement le danger d'hémorragie persisterait au moment de la délivrance, mais la suture ainsi abandonnée à la merci des contractions utérines serait fatalement vouée à la déchirure secondaire. — Il n'y a donc pas d'autre conduite à tenir que de faire ou plutôt de compléter la césarienne : extraire fœtus et placenta, soit que ce dernier se présente spontanément décollé entre les lèvres de la plaie, soit que son décollement artificiel doive être pratiqué. — Il serait dangereux d'imiter l'exemple de Rodriguez (1) et d'abandonner la délivrance au travail naturel après avoir extrait le fœtus et suturé la paroi utérine.

Dans le cas de plaie moins large, sans issue de parties fœtales, Schwartz admet encore l'abstention, et, sans espérer bien entendu la continuation de la grossesse, conseille d'attendre l'avortement. Nous doutons que cette opinion, émise en 1887 à une époque où les grandes opérations abdominales étaient encore d'un pronostic très sévère, soit maintenue par son auteur lui-même à la date d'aujourd'hui. — Il apparaît comme beaucoup plus dangereux d'assister en témoin aveugle à un travail que menace le péril d'une double hémorragie, vaginale et intrapéritonéale. — D'ailleurs, si la rétraction utérine peut obturer l'orifice d'un projectile de petit calibre, les contractions ont des effets absolument contraires sur des plaies d'une certaine étendue. Voir le cas de Byford cité plus haut.

Le seul cas où cette conduite pourrait être exceptionnellement proposée et suivie, serait celui de lésion *incomplète* et *non* pénétrante de l'utérus. En suturant les couches superficielles divisées, on courrait la chance d'une continuation de la grossesse. Chance bien aléatoire, en tout cas, et compensée par de grands dangers. En présence d'une plaie affaiblissant notablement la résistance

(1) *American Journal of obstetrics*, 1887, p. 1036.

de l'utérus, surtout d'une époque avancée de la grossesse, ce serait prendre une responsabilité bien grave que de laisser de telles malades à la merci d'une rupture spontanée du travail.

La suture de l'utérus s'impose donc dans tous les cas : il ne faut plus attribuer aucune valeur aux faits anciens presque tous relatifs à la période pré-antiseptique, où la paroi utérine était laissée largement béante. C'est là s'exposer de gaieté de cœur à deux périls formidables : l'hémorragie secondaire par relâchement de la paroi utérine, et l'infection secondaire du péritoine par les lochies.

Cette suture elle-même peut être faite par différents procédés : elle est rendue difficile par la friabilité du tissu, et sa contractilité, amenant d'abord une déformation de la plaie, facilitant ensuite la déchirure. C'est à la fin de la grossesse que ces inconvénients se manifestent au maximum. Si la plaie est verticale, suivant l'expression de Guéniot « on a l'air d'avoir enlevé une tranche de melon ».

C'est pour obvier à cet inconvénient que Sanger avait proposé de réséquer une partie de la musculuse sur les deux lèvres de la plaie.

Dans des cas semblables, Marchand a fait une suture analogue à celle de Lambert : il a perdu sa malade ; et, à l'autopsie, a constaté que trois points sur cinq avaient lâché.

Terrier, enfin, insistant sur les difficultés qu'on éprouve à réunir isolément la muqueuse et le reste de la paroi, se déclare partisan d'une suture non pénétrante faite en un seul plan, à points séparés, rasant la face profonde de la muqueuse. C'est la plus simple et aussi la plus rapide.

Quel que soit le procédé employé, on aura soin, si le col n'est nullement dilaté, d'y introduire un gros tube à drainage pour assurer l'écoulement des liquides.

Les difficultés de la suture, la crainte de désunion secondaire, enfin la présence de lésions complexes et multiples ont conduit certains chirurgiens à pratiquer dans ces cas l'hystérectomie abdominale. Par analogie avec ce qui se passe dans les ruptures utérines du travail, cette conduite n'a rien d'irra-

tionnel ; l'opérateur aurait encore à choisir entre un procédé d'hystérectomie subtotala avec traitement intra ou extra-péritonéal du pédicule, et l'hystérectomie totale. Celle-ci aurait notre préférence ; l'abandon du moignon cervical, ici plus qu'ailleurs, constitue un danger d'hémorragie ; d'autre part, l'amputation à pédicule externe est une méthode qui a vécu. Mais nous répétons que rares seront les cas où l'étendue et la gravité des lésions permettront de pratiquer une intervention aussi radicale.

On devra faire la laparotomie dans les plaies de l'utérus *sans lésion pariétale* toutes les fois qu'on aura le rare bonheur d'arriver à temps ; dans de tels cas, en effet, l'incertitude où l'on se trouve sur la nature exacte et le degré des lésions sont une raison de plus pour intervenir. Il ne faut pas compter outre mesure sur des circonstances heureuses, telles que celles de Rensing (engagement du placenta intact dans la plaie). Si l'on a chance d'opérer avant que la malade soit exsangue, on se retrouve, une fois la laparotomie faite, dans les conditions des plaies larges, et l'on se détermine, suivant l'urgence et l'étendue des lésions utérines, pour l'évacuation suivie de suture, ou l'hystérectomie.

Avec les plaies par arme à feu, le point de vue change totalement : vouloir les étudier en bloc avec les précédentes, c'est s'exposer à des généralisations dangereuses et à des rapprochements factices. Rien de plus différent que leur histoire clinique ; rien de plus différent aussi que leur traitement chirurgical.

Le chirurgien se trouve ici, — notons-le tout de suite, — en présence d'un ventre fermé ; il y a donc une première question qui se pose ici, celle de l'indication de la laparotomie immédiate. Et si cette question semble aujourd'hui résolue par l'affirmative, elle n'en a pas moins donné lieu pendant des années à des discussions prolongées entre les interventionnistes et les abstentionnistes.

On peut dire que dans la majorité des cas, s'il s'agit d'une arme de petit calibre, la tentation serait grande de laisser l'avortement se faire, le travail continuer.

Au moment de la délivrance seulement, le chirurgien reprendrait un rôle actif, car c'est à ce moment que l'hémorragie se manifesterait par le vagin, qu'elle ait pour point de départ le placenta ou la paroi utérine. La délivrance artificielle devra donc être pratiquée au moindre écoulement anormal de sang : la main, introduite dans l'utérus, aura tout loisir de reconnaître alors le siège, les dimensions, et le nombre des perforations.

Comme on ne saurait espérer l'obturation spontanée de la plaie par une hernie de membranes, si heureusement survenue dans le cas de Robinson, on s'abstiendra de toute irrigation intra-utérine, se bornant à faire un tamponnement serré à la gaze.

Malheureusement, dans les cas de plaie par arme à feu intéressant la région ombilicale ou hypogastrique, l'utérus est loin d'être tout : comment être sûr de l'intégrité de l'intestin grêle, du mésentère, même alors qu'un gros vaisseau n'occasionne pas immédiatement d'hémorragie interne ? Dans de tels cas, ne faut-il pas faire abstraction de la blessure utérine, traiter le cas comme une simple plaie pénétrante de l'abdomen, aller droit aux lésions possibles de l'intestin, quitte à traiter, chemin faisant, si on les rencontre, ou à rechercher ensuite les perforations de l'utérus ?

Cette conduite, en apparence plus audacieuse, est la plus prudente en réalité : on fera donc sagement de traiter par la laparotomie *immédiate* toutes ces plaies par arme à feu, sans se baser en rien sur des symptômes qui peuvent manquer, et qu'il serait dangereux d'attendre.

Cette laparotomie faite, nous nous retrouvons dans les conditions des plaies larges. Pas complètement pourtant, car la plaie utérine est, dans ce cas, de dimensions toujours restreintes, et une deuxième question se pose, au moment où on la découvre.

Il est inutile de redire que l'issue partielle, à plus forte raison totale, du fœtus par la perforation traumatique, ne saurait, dans ces cas, se produire. Le cordon seul, ou plutôt une anse

du cordon, a été trouvée hors de l'organe, dans l'observation d'Albarran. L'auteur, dans ce cas, a préféré le couper à ras de l'utérus, et réduire le moignon plutôt que d'ouvrir largement l'organe, et d'extraire le fœtus et ses annexes. L'événement lui a donné raison, mais lui-même dit expressément que la gravité de l'acte opératoire (résection intestinale) et le désir d'abréger les manœuvres, influèrent surtout pour lui faire prendre ce parti. D'ailleurs, la grossesse, âgée de 4 ou 5 mois, rendait cette conduite moins dangereuse qu'une grossesse voisine du terme. Il faut toujours avoir présente à l'esprit l'observation de Byford qui vit, sous ses yeux, grossir et se dilater une perforation de dimensions très minimales. C'est toujours une fâcheuse pratique, après avoir ouvert le ventre pour constater les lésions, de le refermer, laissant ainsi l'évolution ultérieure se produire obscurément, loin du contrôle des yeux.

Il est bien entendu que, même si l'on se détermine à ce parti pour une raison quelconque, on suturera soigneusement la ou les perforations de l'utérus.

Au moment du travail, qui ne tarde guère à se produire, on se tiendra prêt à parer au danger d'hémorragie. Celle-ci se produira au moment de la délivrance, que l'on fera bien de provoquer artificiellement. Enfin l'on évitera toute espèce d'injection intra-utérine : il faut compter avec une désunion même partielle de la suture, et considérer en tout état de causé ces utérus comme des utérus perforés.

Autant nous nous sommes montré interventionniste pour les plaies par arme blanche et par arme à feu, autant nous serons abstentionniste pour les piqûres de l'utérus. Répétons encore une fois que nous mettons à part les larges instruments piquants (épieu, fourche, épée) dont les plaies rentrent dans la catégorie des grands traumatismes et imposent les mêmes indications : les ponctions, les piqûres utérines ont une physiologie toute particulière.

C'est ici qu'on peut se laisser aller, avec d'autant moins de danger que la piqûre est plus fine, à la tentation d'attendre l'avortement. Celui-ci ne saurait manquer, mais il survient

dans des conditions sensiblement normales, avec ses phénomènes et ses complications propres, nullement influencées du fait de la piqûre utérine.

Nous ne pourrions terminer ce chapitre sans dire un mot du pronostic éloigné des plaies utérines guéries, au point de vue des grossesses consécutives. Dans les rares cas où celles-ci ont été signalées dans les observations, elles se sont normalement passées ; la grossesse est allée à terme et le travail n'a été menacé par aucune complication. Il était du reste rationnel de supposer que les choses devaient se passer ainsi : il n'en va pas autrement pour les césariennes.

DEUXIÈME PARTIE

PLAIES DE L'UTÉRUS PRODUITES DE DEDANS EN DEHORS

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE DES PERFORATIONS UTÉRINES

Une manœuvre imprudente dans un utérus relativement sain ; une manœuvre même légère sur un utérus malade, telle est la double condition des perforations utérines. En nous plaçant à un point de vue pratique et chirurgical, nous prendrons une idée assez nette de leur pathogénie en reconnaissant, pour les étudier et les craindre : *Des utérus dangereux*. — *Des instruments dangereux*. — *Des manœuvres dangereuses*.

A. — Les utérus dangereux.

La période menstruelle, amenant une hyperémie et un ramollissement relatifs de tout l'organe, est une condition mauvaise pour pratiquer toute intervention, même le simple cathétérisme ; on fera bien, s'il a n'y pas nécessité absolue, de s'en abstenir complètement pendant toute la durée des règles.

L'utérus post partum aminci, friable, et mou, a été signalé de tout temps comme exposant à des perforations faciles ; il y aura lieu de se défier tout particulièrement à ce point de vue des

accouchements gémellaires, où la distension et l'amincissement sont portés à leur maximum.

Ce danger persiste, tout aussi redoutable, quand une cause pathologique vient retarder l'involution normale, et par conséquent maintient à l'organe, pendant une durée plus ou moins longue, ses caractères passagers. Cette cause, banale tant elle fréquente, c'est la délivrance incomplète, la rétention placentaire. Or, les accidents dont cette rétention est l'origine sont précisément de nature à provoquer des interventions opératoires sur l'utérus (injections utérines, écouvillonnage, curettage). Lorsque ces manœuvres s'adressent à des accidents aigus, infectieux, précoces, tels l'infection puerpérale proprement dite, tout le monde aujourd'hui est prévenu du danger de perforer l'utérus. On l'est beaucoup moins lorsque l'on intervient après plusieurs semaines ou même plusieurs mois, pour une de ces *endométrites déciduales* assez inexactement étiquetées « *métrites hémorragiques* ». Haynes (1) a perforé un utérus dans ces conditions 2 mois après l'accouchement; Haven (2) après 56 jours, au troisième curettage; Roberts (3) trois semaines après l'avortement. Le commémoratif de l'accouchement, déjà lointain, quand il n'est pas méconnu, ne suffit pas pour imposer à l'opérateur les précautions d'usage; il arrive qu'on traite de tels utérus comme de simples utérus métritiques, par le curettage énergique avec des instruments de petit calibre. On a les plus grandes chances, dans de tels cas, en cherchant à obtenir partout le cri utérin, de passer au travers d'une des parois de l'organe.

Pourtant si l'on veut y faire attention, plusieurs signes décèlent cette friabilité utérine. L'état du col, en particulier, est important à constater. C'est dans ce cas que l'on voit les pinces placées sur le museau de tanche déchirer le tissu, même si l'on a pris soin de prendre largement une lèvre. Au

(1) FR. HAYNES. Deux perforations par curette.

(2) HAVEN. *Boston med. Journal*, 1892.

(3) ROBERTS. *Lancet*, 19 décembre 1896.

cours de la dilatation, il arrive qu'au lieu de sentir céder progressivement le canal cervical résistant et élastique, on ait la sensation brusque d'une paroi friable qui cède d'un seul coup. Ces petits signes doivent donner à réfléchir, mais leur constatation même n'est pas nécessaire pour inciter à la plus extrême prudence. Le seul fait d'un utérus dépassant de trois doigts la symphyse, avec une cavité de 8 à 9 centimètres, suffit pour faire redouter la friabilité utérine.

Si l'endométrite déciduale succède, non plus à un accouchement à terme, mais à un avortement, on oubliera plus facilement encore le danger d'une perforation possible : plus la grossesse sera jeune, plus l'avortement sera éloigné, plus on aura de chances d'oublier les précautions nécessaires.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des utérus amincis et friables, mais d'une friabilité en quelque sorte physiologique : il en est d'autres, plus fortement touchés par l'infection, où la musculature utérine présente des lésions accentuées, inflammatoires ou régressives.

Dans l'état puerpéral, ces lésions ont été signalées de longue date. Les unes, diffuses, nécrotiques s'observent dans les infections suraiguës (1); tous les auteurs sont d'accord sur leur nature. Les autres, limitées et rapidement suppuratives, ont été diversement interprétées; ce sont les *abcès utérins*.

Les abcès utérins, dans l'infection puerpérale aiguë, voire même en dehors de cette condition, ont été signalés de longue date. Leur présence constitue un danger qui n'est pas négligeable, au point de vue des manœuvres d'exploration ou d'évacuation de l'utérus.

Leur nature lymphangilique a été mise en lumière par de nombreux auteurs, parmi lesquels il convient de citer Martineau (2), Siredey (3), et plus récemment Letulle (4). Ce dernier a

(1) Voir SIREDEY. *Traité des maladies puerpérales*, p. 437 et suiv.

(2) MARTINEAU. *Traité des affections de l'utérus*, 1879, p. 412.

(3) SIREDEY. *Maladies puerpérales*, 1884, p. 453.

(4) LETULLE. *Anatomie pathologique*, p. 214.

fait remarquer que l'utérus, contrairement à la plupart des viscères, est le siège fréquent de lymphangites suppurées, de tout point analogues à celles des membres.

Si l'on coupe, en effet, le parenchyme utérin d'une femme morte d'infection puerpérale, le couteau ouvre dans toute son épaisseur un grand nombre de petites cavités purulentes. Tant que ces collections lymphangitiques ne dépassent pas le volume d'abcès miliaires, elles ne sauraient affaiblir notablement la paroi. Il en est autrement quand elles acquièrent des proportions plus considérables, creusant le parenchyme utérin de petits sacs purulents situés principalement, suivant Siredey, le long des bords de l'organe, et à l'union du col et du corps. On trouve alors, « à une faible profondeur, une cavité, qui n'est qu'une
« dilatation lymphatique, tantôt limitée par une paroi lisse,
« régulière, tantôt formée par le tissu utérin lui-même, après
« destruction de la paroi, et ressemblant alors à un véritable
« abcès (1) ».

En 1893, plusieurs auteurs ont apporté devant la Société obstétricale et gynécologique de Paris des observations d'abcès utérins suffisamment développés pour produire, en l'absence de tout traumatisme, une perforation utérine spontanée. Schwab a trouvé, à l'autopsie d'une malade morte d'infection au 5^e jour après un avortement de 4 mois, une perforation grosse comme une pièce de 2 francs. Elle siégeait sur la face postérieure, à un travers de doigt de la trompe droite, au fond d'une excavation de la muqueuse, entourée d'une sorte de péritonite enkystée. Budin remarque avec raison que s'il s'agissait d'une perforation traumatique, la malade n'aurait pas mis cinq jours à mourir. Porak, à l'appui de cette observation, rapporte un cas analogue : il a vu à Lariboisière, après un avortement, une malade présenter plusieurs abcès de la paroi utérine, dont l'un s'ouvrait par deux orifices de la largeur d'un franc, à la fois dans l'utérus et dans le péritoine.

Dolérís a observé un troisième cas comparable aux deux

(1) SIREDEY. *Loc. cit.*, p. 153.

premiers ; enfin Pichevin, dans la même séance, présenta un abcès de la corne utérine gauche, à parois tomenteuses, grisâtres, irrégulières, formées de tissu utérin. Une pyorrhée abondante avait signalé son ouverture dans l'utérus.

Contrairement aux observations précédentes qui paraissent toutes se rapporter à des lymphangites, celle d'Augustijn semble bien concerner un abcès vrai de l'utérus (1).

Lymphangite suppurée ou abcès parenchymateux, en tout cas il faut signaler la possibilité de ces collections pariétales, susceptibles d'ouverture spontanée, affaiblissant la paroi et favorisant à leur niveau une perforation instrumentale.

La métrite chronique, en dehors de l'état puerpéral, peut encore diminuer, bien qu'à un degré moindre, la résistance de l'utérus : ces lésions ont été principalement signalées par les anciens auteurs : Scanzoni (2), Martineau (3), de Sinéty (4) ; dans la thèse récente de Lenoir (5) nous trouvons une observation de perforation d'un utérus métritique suivie d'examen histologique : la perforation était survenue au cours d'un curettage précédent l'hystérectomie vaginale. Voici comment l'auteur résume les altérations : « ...Une moins grande condensation des faisceaux musculaires lisses : ceux-ci, sur une coupe, apparaissaient en îlots foncés, au noyau fortement coloré, îlots séparés par des bandes de tissu fibreux beaucoup plus étendues qu'à l'état normal ; en certains points, il y avait même prédominance du tissu fibreux sur le tissu musculaire. Les fibres musculaires paraissaient d'ailleurs normales. Les vaisseaux étaient très abondants, et augmentés de volume ».

Dans ces cas, où le tissu utérin, friable de consistance, apparaît jaunâtre d'aspect à la coupe, on se presse trop souvent de dire, d'après un simple examen macroscopique « dégénères-

(1) *Thèse*, LEYDEN, 1893.

(2) SCANZONI. De la métrite chronique. Tr. par SIEFFERMANN. Paris, 1866.

(3) MARTINEAU. Traité des affections de l'utérus, p. 409 et suiv.

(4) DE SINÉTY. Manuel de gynécologie, p. 353.

(5) LENOIR. Perforation utérine dans les opérations pratiquées par la voie vaginale. *Thèse*, Paris, 1898.

cence grasseuse » ; à l'appui de cette remarque voici un cas inédit, où l'examen de la pièce a été pratiqué, avec toutes les garanties de compétence, par M. le D^r Latteux ; il s'agit d'un utérus perforé pendant le cathétérisme préliminaire à l'hystérectomie vaginale : « Tissu jaunâtre, ramolli. — Sur une coupe au niveau de la perforation, nous trouvons :

« 1^o Le tissu musculaire présentant des éléments dans lesquels les noyaux ont subi une sorte de régression et se colorent fort mal ;

« 2^o Un tissu conjonctif interstitiel, abondant, et formant entre les faisceaux musculaires des masses plus ou moins étendues, au milieu desquelles apparaissent d'abondantes cellules embryonnaires, diffuses ou groupées en petits îlots.

« Mentionnons enfin les vaisseaux, autour desquels les phénomènes de sclérose se montrent particulièrement accentués. « Nous avons fait des coupes dans plusieurs régions de l'organe, et rencontré partout les mêmes altérations ».

Atrophie du tissu musculaire ; prolifération du tissu fibreux interstitiel, avec, comme conséquence, l'affaiblissement de la paroi utérine, telle est la formule résumée de ces lésions.

Les néoplasmes de l'utérus ne doivent pas être oubliés parmi les causes de friabilité ; pour le cancer, ce péril est une notion banale : la crainte salutaire inspirée aux opérateurs par les tissus végétants, fongueux et mous de l'épithélioma explique vraisemblablement la rareté des perforations signalées au cours des curettages pour cancer. Récamier, d'après Hegar et Kaltenbach (1), n'aurait observé cet accident que 3 fois sur 100 opérations ; Spiegelberg (2) ayant traversé un utérus cancéreux avec une curette, vit sa malade tomber dans le collapsus, et mourir le lendemain. Lenoir, dans sa thèse, rapporte un cas analogue, observé par lui dans un curage préliminaire à une hystérectomie vaginale.

Merklen et Jacomet ont montré à la société anatomique (3)

(1) HEGAR et KALTENBACH. *Traité de gynécologie opératoire*.

(2) SPIEGELBERG. *Ann. für gynaekologic*, VI.

(3) MERKLEN et JACOMET. Un cas de cancer latent du col de l'utérus. *Bulletin Société anat.*, 1898, p. 180.

un utérus atteint de cancer du corps resté latent, et décelé seulement par la perforation qui se produisit pendant le curettage. L'utérus fut enlevé aisément par hystérectomie vaginale.

Les fibromes eux-mêmes, malgré le paradoxe apparent, ont dans plusieurs cas favorisé la perforation utérine. Il s'agit tantôt de polypes fibromateux ayant déprimé et inversé la paroi au niveau de leur pédicule, tantôt de tumeurs sessiles au voisinage desquelles la paroi utérine se trouvait notablement amincie (1). On doit considérer comme rentrant dans la catégorie des curiosités pathologiques, le cas de Richelot et Touche (2), où un fibrome primitivement développé dans l'utérus, dégénéré et ramolli, avait perforé le fond de l'organe sur la largeur d'une pièce de 5 francs pour se développer dans le ventre et adhérer à la paroi abdominale. Louis Meyer a vu dans certains cas de petits fibromes interstitiels la paroi utérine réduite, à leur niveau, à l'épaisseur d'une feuille de papier (3).

On peut ranger parmi les néoplasmes de l'utérus l'affection rare connue sous le nom de môle hydatiforme; c'est en effet dans les cas où la môle vésiculaire, non contente de distendre l'utérus, infiltre la paroi musculaire à la façon d'une tumeur maligne que l'on observe la perforation, soit spontanée soit bien plus fréquemment au cours des manœuvres du curettage (4).

Il n'existe pas, en effet, d'autre traitement rationnel de la môle, dans les cas où l'on soupçonne une infiltration utérine; et l'on a pu dire (Ouvry), que dans de tels cas la perforation accidentelle devait être considérée comme un élément heureux; en rendant évidente la friabilité utérine, elle pose d'une manière formelle la nécessité d'une intervention radicale; celle-ci sera dirigée moins contre la perforation même, que contre la grave lésion décelée par elle.

(1) HEGAR et KALTENBACH. *Loc. cit.*

(2) RICHELLOT et TOUCHE. Fibrome ramolli. *Société obstét. et gynécol. de Paris*, 11 juillet 1896.

(3) Voir *Thèse* LENOIR, p. 11.

(4) OUVRY. Étude de la môle hydatiforme. *Thèse*, Paris, 1897.

Ce que nous disons de la môle hydatiforme est vrai à fortiori du déciduome malin.

Nous passerons maintenant à une deuxième variété de cas, où le danger de perforation tient moins à la lésion de l'organe qu'à ses anomalies de situation. Certes, il est le plus souvent impossible de faire un départ absolu entre ces deux éléments, et nous savons que les utérus inclinés ou fléchis sont presque toujours des utérus malades. La situation vicieuse n'intervient ici que pour créer un danger de plus.

Déjà, Hegar et Kallenbach avaient signalé, comme une condition dangereuse, la fixité de l'utérus, produite par des adhérences anciennes ou récentes : l'organe privé de souplesse, incapable de s'accommoder aux courbures d'instruments rigides, se laisse déchirer par eux. Mais c'est dans les flexions que ce danger s'observera plus communément.

L'angle de coudure du corps sur le col de l'utérus devient ainsi une des régions les plus dangereuses ; il y a à cela deux raisons : la première, toute mécanique, est aisée à comprendre : si l'on introduit dans l'utérus un instrument quelconque, rigide et rectiligne, il tendra naturellement à continuer dans la direction du col, et à produire ainsi une véritable fausse route utérine, sur la face opposée à la flexion.

La seconde raison tient aux altérations de structure dont cet angle de flexion peut être le siège : se défier tout particulièrement des gros utérus rétrofléchis à circulation gênée, ramollis par une congestion veineuse permanente ; des rétroflexions adhérentes, où l'utérus ne peut, même momentanément, se redresser et s'accommoder à l'instrument. On a signalé enfin, dans les flexions congénitales avec utérus infantile, un amincissement anormal de l'une des parois. Fritsch a trouvé ainsi dans un utérus rétrofléchi un amincissement de la paroi postérieure ; Ruge a vu l'antérieure considérablement atrophiée dans une rétroflexion congénitale (1).

(1) BERRY HART et FREELAND HARBOUR. Trad. par CROUZAT. Paris, 1886, p. 389.

Dans d'autres cas ce n'est plus, à proprement parler, une lésion pathologique de l'utérus qui est incriminée, mais un processus atrophique de la paroi, soit sous l'influence de la sénilité (1), soit, ce qui est plus douteux, après l'ablation bilatérale des ovaires (2).

Dans le cas de grossesse extra-utérine, on a vu l'utérus, devenu friable, se laisser perforer facilement (3). On a noté aussi, dans un cas d'annexite suppurée, que la moitié de l'utérus attenante à la tumeur salpingienne était notablement moins résistante que la moitié opposée.

Enfin, il peut être très important de savoir, en l'absence de lésion apparente de la paroi, quelle résistance un utérus normal oppose à la perforation. Dans le but d'acquiescer sur ce point des notions précises, Liebmann de Trieste (4) a institué une série d'expériences dont voici le résultat :

Sur 100 utérus examinés à l'autopsie, l'auteur en trouva 23 où la perforation était très facile ; 42 où elle était aisée ; 11 où il fallait pour perforer l'utérus un léger effort ; et 24 seulement dont la perforation exigeait une véritable violence. Parmi ces derniers, 11 étaient hypertrophiés, et 13 normaux. L'instrument employé ici était la sonde flexible de Sims, analogue à notre hystéromètre ordinaire.

On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, ce que les mots : *très facile, aisée, léger effort*, ont de vague et de relatif. Il n'en demeure pas moins acquis que la grande majorité des utérus, pris au hasard, se laisse facilement perforer.

Nous sommes loin de l'opinion d'Huguier qui, en 1865, relevait dans la science deux cas seulement de perforation par la sonde, l'un dû à Aran, l'autre personnel, et concluait ainsi : « Sur près d'un millier d'utérus qui me sont passés par les « mains, je n'en ai rencontré qu'un seul qui fût assez ramolli

(1) HEGAR et KALTENBACH. Traité de gynécologie opératoire, p. 66 et suiv.

(2) MUNDE. Traité de petite chirurgie gynécologique (Traduit par LAUWERS), p. 112, et DUPUY. Thèse, Paris, 1874.

(3) SCHWARTZ. Revue M. Chir. des maladies des femmes, 1895, p. 539.

(4) CARL LIEBMANN. Perforation de la paroi utérine avec la sonde. Berlin, 1879.

« pour qu'il eût pu être traversé sans effort par l'extrémité de la sonde (1) ».

On peut de même signaler dans les utérus les plus normaux un certain nombre de points faibles où la musculature présente un minimum de résistance. Le fond, et le voisinage des trompes, ont été signalés par Lenoir; il faut y joindre la région de l'isthme, normalement peu épaisse, et présentant, même à l'état physiologique, un angle appréciable entre les directions des deux segments de l'utérus.

Enfin, il faudrait encore distinguer, parmi les différentes couches de la paroi utérine, des tissus plus ou moins résistants. Queisner (2) a fait remarquer que dans certains utérus très friables la couche péritonéale constitue, malgré sa minceur, l'obstacle le plus efficace à la perforation. On pourrait même perforer avec la sonde toutes les couches à l'exclusion de cette dernière, à laquelle son élasticité permet de se laisser refouler par l'instrument. Dès lors, toutes les fois qu'en libérant des adhérences par manœuvres externes, on risquera d'érailler, d'écorcher pour ainsi dire en certains points ce revêtement péritonéal, on créera autant de points faibles, autant d'amorces à une perforation possible. Queisner s'explique ainsi le cas où une sonde de Bozeman pénétra sans efforts aux trois quarts de sa longueur, après réduction forcée d'une rétroflexion adhérente. Glaeser (3) a vu, sur un utérus enlevé par le vagin, le péritoine seul avoir conservé quelque résistance. Beaussinat a observé une disposition analogue.

Tous les utérus dont nous avons parlé jusqu'à présent sont dangereux comme *prédisposant* à la perforation traumatique : nous avons gardé pour la fin les quelques conditions rares dans lesquelles on a pu observer la perforation *spontanée*.

Il faut distraire de ce groupe l'observation de Sabin, publiée cependant comme « perforation spontanée ». Pour peu qu'on la lise avec attention, on sera frappé, comme l'ont été Munde et

(1) HUGNIER. De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin, 1865, p. 295.

(2) QUEISNER. *Centralbl. für Gyn.*, 7 juillet 1898.

(3) GLAESER. *Centralbl. für Gyn.*, 12 février 1898.

Meinert, de la crédulité de son auteur. Cette perforation, survenue après 3 mois de suspensions de règles, après expulsion d'un prétendu « polypé » gros comme une figue (et que l'auteur n'a pas vu), concerne très évidemment un cas d'avortement provoqué. Nous ne suivrons donc pas Sabin dans les explications bizarres qu'il propose (distension par des gaz en arrière d'un tamponnement vaginal).

Meinert (1) a réuni en les commentant les rares observations non douteuses de perforation spontanée.

Deux éléments y interviennent dans des proportions variables : la surdistension utérine par hématométrie ou pyométrie (l'une et l'autre consécutives à une atrésie vaginale ou cervicale acquise), et l'ulcération de cette paroi. Cette ulcération peut être simple ou tuberculeuse. Tantôt le sang s'épanche dans la grande cavité péritonéale ; tantôt une communication s'établit entre l'utérus et un organe creux voisin (vessie ou rectum ; estomac dans un cas) : une fois même le sang épanché dans le tissu cellulaire du petit bassin vient infiltrer la fosse ischio-rectale, et c'est par une fistule voisine de l'anus que la malade demeure réglée.

B. — Les instruments dangereux.

Il n'est peut-être pas un seul instrument de chirurgie gynécologique, avec lequel on ne puisse produire une perforation de l'utérus ; aussi devons-nous nous borner à signaler ici ceux qui, par eux-mêmes, en dehors de toute maladresse, exposent à la lésion de l'organe.

Un bon hystéromètre, manié par une main prudente, ne devrait jamais perforer l'utérus : il doit posséder, en effet, deux conditions qui ont pour but de prévenir cet accident : la souplesse, qui lui permet de s'accommoder à la direction connue ou supposée de la cavité utérine ; la forme arrondie et les dimensions relativement fortes de son extrémité libre, s'opposant à sa pénétration.

(1) MEINERT. *Wiener med. Presse*, 25 août 1895, n° 34.

Il s'ensuit qu'il sera toujours dangereux de remplacer l'hystéromètre par un instrument dépourvu de ces caractères essentiels. Lorsque, pour tenter le cathétérisme d'un utérus sténosé, on doit remplacer l'hystéromètre trop volumineux par un simple stylet de trousse, il ne faut introduire ce stylet, toujours plus mince, plus aigu et moins flexible, qu'avec les plus grandes précautions. Cittadini a perforé de cette façon l'isthme d'un utérus sténosé (1).

Les sondes intra-utérines, généralement d'un calibre assez considérable, n'exposent guère aux perforations. Une autre raison d'innocuité pour elles, c'est que, les lavages intra-utérins étant pratiqués en général soit sur des utérus déjà dilatés, soit après dilatation artificielle, leur introduction ne demande aucune force. Il faudrait se défier des lavages intra-utérins sans dilatation préalable, pratiqués avec des instruments plus minces, toujours rigides, et dont l'introduction demande au moins une pression légère.

Ces sondes intra-utérines, introduites fermées, et ouvertes plus ou moins lentement ensuite par écartement de leurs branches, jouent en somme le rôle de véritables dilata-teurs. C'est dans la classe de ces derniers que nous allons trouver, cette fois, des instruments vraiment dangereux.

Les dilata-teurs utérins peuvent être divisés en deux grandes classes : les uns, dilata-teurs brusques, extemporanés, mécaniques, agissent à la façon d'une pince introduite fermée et dont on écarte les mors en écartant leurs branches. Par suite de mécanismes divers, cet écartement s'obtient au contraire en resserrant les branches à main : mais le principe de la dilatation demeure le même. Ces instruments sont tous métalliques.

Les autres, dilata-teurs lents, se subdivisent en deux catégories : les dilata-teurs progressifs, gradués, formant des séries, des filières analogues aux bougies et aux béniqués urétraux : en nickel ; en étain ; en caoutchouc durci ; en verre ; leur type

(1) CITTADINI. *Société belge de gyn. et d'obstét.*, 27 novembre 1892.

usuel en France est la bougie de Hegar. Enfin les dilateurs à action prolongée, laissés à demeure pendant plusieurs heures et agissant par gonflement dans la cavité utérine : ce sont les éponges préparées, à la cire ou à la ficelle ; les tentes de laminaire et de tupelo.

Les dangers de ces différents dilateurs, comme aussi les accidents qu'ils peuvent produire, sont essentiellement différents.

Les dilateurs de la première catégorie présentent deux éléments principaux, qui permettent d'en apprécier le danger : l'écartement parallèle ou divergent de leurs branches ; le nombre de celles-ci.

Nous ne pouvons énumérer ici, même approximativement, tous les dilateurs mécaniques avec leurs avantages et leurs inconvénients : actuellement, en France, les dilateurs les plus usuellement employés sont au nombre de cinq : ceux de Doléris, Siredey, Pichevin, Sims et Edlinger.

Le dilateur de Doléris ressemble à une pince clamp retournée, en ce sens que la pression sur ses branches écarte ses mors, au lieu de les serrer : sa puissance n'est pas très considérable ; celui de Siredey est bâti comme un ouvre-gants : le dilateur de Pichevin, à mors ondulés courbes, et assez larges, fonctionne au moyen d'une vis de rappel. Son action est lente ; d'autre part ses mors larges et mousses lui donnent de la sécurité. Celui de Marion Sims est formé de trois branches : il est puissant, mais deux des branches sur trois sont minces, pointues, presque tranchantes ; de plus, leur écartement n'est pas parallèle ; elles divergent précisément à leur extrémité libre, qui est pointue.

Enfin le dilateur d'Edlinger, à deux branches, permet d'obtenir non seulement un écartement énergique, mais un écartement parallèle ; en aucun cas, ses branches ne menacent les parois utérines : il donne, dans toute l'étendue du canal cervical, un écartement égal, uniforme, qu'on ne saurait obtenir avec aucun autre.

Il tombe sous le sens que les dilateurs à branches diver-

gentes sont des instruments périlleux; celles-ci, toujours relativement pointues, menacent, en s'écartant, les parois de l'organe; et peuvent les contondre ou les perforer. De là des perforations assez spéciales quant à leur siège, au niveau de l'isthme utérin ou un peu au-dessus, sur l'une ou l'autre des faces de l'organe. Ce sont des pertes de substance d'un volume en général assez considérable, participant à la fois de la plaie et de la déchirure, et favorisées au plus haut point par la tension de l'organe, qui éclate pour ainsi dire au niveau de la branche rigide.

Cette tension est portée à son maximum dans les dilateurs à trois branches, à action beaucoup plus énergique que les autres: on comprend comment un utérus friable vient pour ainsi dire se coller et s'effondrer lui-même sur la tige métallique.

Ces perforations sont des plus graves: d'abord, elles peuvent passer inaperçues; à peine peut-on être averti en sentant l'anneau cervical céder brusquement, au lieu de présenter une résistance élastique. On peut, dans ces conditions, continuer le curettage sans soupçonner la plaie, ou encore la reconnaître tardivement à l'enfoncement d'une curette, et la croire créée par celle-ci.

Kelly (1) a, le premier, signalé la gravité de ces dilateurs à force aveugle, qui déchirent souvent le col, même dans les cas où la perforation n'est qu'incomplète; en dehors du cas suivi de mort qu'il rapporte, il en cite un autre dans lequel, au niveau d'une déchirure ainsi produite, se développa ultérieurement un néoplasme. Leur procès fut fait d'une façon plus complète encore en 1895 par Pichevin, à la Société obstétricale et gynécologique (2). Cet auteur, appuyant son opinion personnelle sur celle d'Auvard, de Nitot, cite un cas de déchirure produite par le dilateur de Sims entre les mains de ce dernier: il insiste d'une manière très précise sur le danger des dilateurs divergents.

(1) KELLY. *Amer. Journal of obstetrics*, janvier 1891.

(2) Société obst. et gyn. de Paris, 9 mai 1895.

On se mettra à l'abri de cet accident opératoire en employant exclusivement un dilateur à deux branches, et à écartement parallèle ; en agissant progressivement, et faisant agir successivement les branches suivant les divers diamètres de l'orifice.

Les dilateurs séries, basés sur le principe des bougies de Hegar, paraissent devoir donner entre des mains prudentes, une sécurité bien plus grande : pourtant on peut relever dans la science plusieurs cas de perforations utérines imputables à leur emploi. En voici des exemples :

Roberts (1), curettant une malade pour endométrite déciduale 3 semaines après l'avortement, fait la dilatation avec les dilateurs de Duncan, analogues aux bougies de Hegar ; en passant le troisième dilateur (n° 13), il pénètre brusquement à 4 pouces $1/2$, traversant le fond de l'utérus.

Lenoir rapporte une observation de Segond, où ce chirurgien, se préparant à faire le curettage préliminaire à l'hystérectomie vaginale, perfore tout à coup le fond de l'utérus en passant une des deux premières bougies. A noter que dans ces deux cas, l'hystérométrie venait d'être faite sans occasionner aucune lésion de la paroi.

Metzlar (2) a observé un cas analogue sans conséquences fatales.

Dans de tels cas, le mécanisme de la rupture se rapproche de beaucoup de celui que nous avons signalé pour l'hystéromètre, et que nous retrouverons pour les curettes. La bougie de Hegar, poussée parfois avec une certaine violence, et rencontrant une résistance qui cède brusquement, continue droit devant elle et perfore le *fond* de l'organe. Ce sont donc des perforations toujours immédiatement évidentes, surtout si l'on a pris la précaution de mesurer, au préalable, la longueur de l'utérus. Ce sont également en général des perforations étroites.

(1) ROBERTS: *Lancet*, 19 décembre 1896.

(2) C. METZLAR. Perfor. accidentelle de l'utérus avec des instruments. *Nederlandsch Tijdsch. v. verlosk en Gyn.*, 5^e année, livre I.

Mais ce n'est pas tout : dans un cas au moins, celui de l'observation CXIII, on a vu des dilataleurs sériés produire la déchirure utérine par surdistension du canal cervical absolument à la façon des dilataleurs mécaniques.

Rappelons brièvement les circonstances de cet accident, survenu dans un cas de rétention placentaire :

C'est précisément en introduisant à frottement dur une bougie de Hegar que notre collègue Gadaud a obtenu brusquement cette sensation d'éclatement du tissu, sensation répondant, dans l'espèce, à une fissure verticale intéressant la face postérieure du col.

Les dangers sont moindres, on le comprendra aisément, avec les dilataleurs à action lente, dont la laminaire constitue le type. Certes, on peut admettre que leur rigidité soit suffisante pour perforer au moment de leur introduction, un utérus altéré ou fléchi ; la seule observation que nous en connaissions est celle de Potherat, rapportée sur le n° XVII dans la thèse de Lenoir (1).

Mais les laminaires présentent un danger indirect, en exposant l'utérus à des perforations ultérieures : Schwartz (2) a signalé cette friabilité accidentelle et l'a exprimée en ces termes : « Toutes les fois qu'une tige quelconque a séjourné dans l'utérus, celui-ci se laisse très facilement traverser, surtout au cours des manœuvres de redressement. » Quelle est la cause de cette friabilité ? Quelle en est la durée ? Le fait, en tout cas, mérite d'être signalé.

Enfin il existe un autre danger avec ces tiges dilatatrices : c'est la perforation lente de la paroi utérine par le talon de la laminaire ; la contraction utérine tend à refouler celle-ci de haut en bas, et si elle a pénétré trop profondément dans l'organe, « avalée » pour ainsi dire par le col, il se peut que son talon ne se trouve plus dans l'axe du canal cervical. Fort heu-

(1) LENOIR, p. 66.

(2) SCHWARTZ. *Revue méd. chir. des mal. des femmes*, 1894, p. 539.

reusement, ces perforations n'ont été signalées que sur le col. En voici un cas cité dans la thèse de Lenoir (Obs. XIV), et dû à Gérard-Marchant (1).

« Femme, 34 ans, dilatée pour endométrite. A la 2^e application de laminaire, ce cylindre bascula, perfora par son talon « la lèvre antérieure de l'utérus, si bien qu'elle dut être extraite « par le vagin. Simple pansement de cette plaie qui se réunit « parfaitement. »

Un cas de perforation, incomplète cette fois, a été publié par Bruchon (2); une couche très mince de muqueuse sur la face vaginale du col séparait seule la laminaire du vagin.

Ce sont les seules plaies pénétrantes de l'utérus qui puissent être produites sans ouverture du péritoine.

Avec les plaies par hystéromètre, les plus fréquentes sont les plaies par curettes: celles-ci, malgré le but unique qu'elles se proposent, sont très diversement construites. Mousses ou tranchantes, arrondies ou pointues, pleines ou perforées, elles présentent des dangers très variables.

Il est facile de comprendre que la curette de Volkmann, large et arrondie, demande, pour perforer un utérus même malade, une violence considérable. Il n'en est pas de même pour la mince et tranchante curette de Sims. Ses petites dimensions et son caractère tranchant doivent la faire proscrire dans tous les curettages pratiqués sur des utérus encore voisins de l'accouchement.

Il en est de même des curettes, anciennes ou récentes, bâties sur le type de la curette de Récamier. Ces instruments construits en forme de gouttière, à extrémité assez étroite, ont une tendance évidente à suivre la direction du canal cervical sans s'accommoder aux courbures que peut présenter l'organe. Excellentes pour le curettage dans l'endométrite, ces curettes doivent donc être mises de côté s'il s'agit de l'utérus puerpéral. Déjà, en 1865, Huguier en signalait le danger (3).

(1) LENOIR, p. 62.

(2) BRUCHON. *Nouv. archiv. d'obst. et de gyn.*, 1892, p. 258.

(3) HUGUIER. De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin, 1865, p. 295 et suiv.

On a d'ailleurs construit, dans ce but particulier, de larges curettes à extrémité très arrondie, à bords très mousses, faites pour évacuer la cavité plutôt que pour mordre sur la paroi, et dont le type est la curette de Wallich.

Tout récemment Braun von Fernwald (1) a signalé, comme plus dangereuse encore que la curette, la longue pince introduite dans l'utérus pour en extirper des débris placentaires ; rigide, rectiligne, et relativement pointue, elle présente toutes les conditions nécessaires pour perforer la paroi : c'est un instrument aveugle qu'il faut mettre absolument de côté.

Nous ne pouvons nous dispenser de signaler, bien que la gynécologie moderne les ait laissés tomber sagement en désuétude, tous les instruments destinés jadis à traiter les flexions de l'utérus. Au temps où l'on considérait ces anomalies de position comme de véritables maladies idiopathiques caractérisées, on accordait à leur réduction une importance exagérée, ne craignant pas de recourir dans ce but à des manœuvres dangereuses.

Parmi celles-ci, il faut citer au premier chef le redressement à l'aide d'un des nombreux redresseurs intra-utérins ; le type de ces instruments est le redresseur de Trélat, à courbure variable. On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, les dangers de cette tige mince, agissant dans un utérus généralement fixé par des adhérences et altéré dans sa structure.

Non moins dangereux sont les pessaires à tige intra-utérine en usage à la même époque pour maintenir la réunion obtenue préliminairement. Un cas de perforation par ulcération du fond de l'utérus, publié par Pallen, est rapporté par Munde (2) dans son traité de petite chirurgie gynécologique.

La perforation de l'utérus au cours de l'énucléation des tumeurs interstitielles ou de l'ablation des tumeurs pédiculées est un accident relativement fréquent, et redoutable ; mais les ins-

(1) BRAUN VON FERNWALD. Perforation de l'utérus dans les opérations gynécologiques. *Collège médical de Vienne*, 29 janvier 1900.

(2) MUNDE. Traité de petite chirurgie gynécologique. Traduit par LAUWERS, p. 444.

truments employés ici (ciseaux; curette dentée de Thomas; anse galvano-caustique; énuclérateurs divers), ne pouvant être ici incriminés par eux-mêmes, l'étude de ces plaies trouvera sa place plus logiquement parmi les *manœuvres dangereuses*.

Nous en dirons autant de la perforation par électrolyse.

Restent les manœuvres abortives. Ici encore, la diversité des instruments empêche toute étude d'ensemble. Dilatateurs, sondes, instruments pointus, tout a été employé : mais la perforation dépend ici non de l'instrument, mais des manœuvres elles-mêmes, et nous renvoyons à l'étude de ces dernières.

Une dernière remarque, d'importance capitale, doit être faite concernant la septicité ou l'asepsie relative de l'instrument ; un facteur de gravité très réel des perforations abortives, c'est l'antisepsie très insuffisante employée par ceux qui les pratiquent : au contraire, le cathétérisme, le curettage, pratiqués avec des instruments stérilisés, doivent à cette stérilisation une partie de leur innocuité relative. Dans un cas, un auteur (Jahreiss) (1) a voulu voir un rapport entre une faute d'asepsie et la forte réaction péritonéale consécutive. La sonde qui perfora l'utérus n'avait pas été stérilisée, mais trempée simplement dans une solution phéniquée.

C. — Les manœuvres dangereuses.

Entre des mains maladroites, l'instrument le plus sûr peut devenir un agent vulnérant. L'hystéromètre introduit, sans fixer préliminairement le col avec une pince, devient extrêmement dangereux. Pour peu que la malade, indocile ou sensible, se sauve pour ainsi dire devant la tige intra-utérine, on s'expose en courant ainsi à l'aveugle après le fond de l'utérus à le rencontrer tout à coup et à le perforer avant de l'avoir reconnu.

(1) JAHREISS. *Centralbl. für Gyn.*, 12 février 1898.

Une autre manœuvre périlleuse consiste à chercher par la palpation bimanuelle à sentir la pointe de l'instrument à travers la paroi. Il est bien difficile, dans ces circonstances, de manœuvrer sans danger le bras de levier considérable formé par l'instrument et son manche.

Les règles suivantes sont formulées par Munde (1) pour éviter la perforation au cours de l'hystérométrie : retirer au moindre obstacle, à la moindre douleur, à la moindre tendance syncope ; dès l'orifice interne franchi, tourner en avant la légère courbure de la sonde.

L'irrigation continue intra-utérine a donné lieu, chez des puerpérales, à des perforations par un mécanisme spécial et un peu obscur. Ces faits, recueillis dans la thèse de Flandrin (2), présentent une physionomie clinique uniforme. L'irrigation continue établie avec la sonde rigide de Pinard, la malade ressent tout à coup une douleur brusque, en même temps que l'écoulement du liquide disparaît ; la mort survient rapidement et l'autopsie montre la perforation avec passage du liquide antiseptique dans le péritoine.

L'auteur, commentant ces cas malheureux, leur reconnaît judicieusement une cause complexe : altérations de l'utérus vérifiées à l'autopsie ; indocilité, signalée chez l'une des malades ; emploi d'une sonde rigide ; il émet en outre l'hypothèse ingénieuse d'une rétraction du tissu utérin causée à la fois par le corps étranger solide et par la haute température de l'injection. Le fond de l'utérus, friable, viendrait ainsi spontanément s'effondrer sur la sonde rigide. Il est difficile de vérifier d'une façon précise cette assertion.

La réduction opératoire, par manœuvres internes ou mixtes, des flexions utérines, expose, entre autres accidents, aux perforations. On a tenté de réaliser cette réduction soit avec des redresseurs appropriés, soit à l'aide d'un simple hystéromètre.

(1) MUNDE. *Loc. cit.*, p. 112.

(2) FLANDRIN. Perforation de l'utérus par la sonde au cours de l'irrigation continue. *Thèse*, Paris, 1895.

L'instrument étant introduit suivant la courbure anormale de l'organe, on lui faisait décrire un véritable tour de maître, ramenant sa concavité dans la direction convenable. L'évidente imprudence de cette manœuvre ne doit plus guère être signalée que pour mémoire, ces procédés étant justement proscrits à l'heure actuelle par la majorité des gynécologues.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit de la dilatation utérine à propos des dilateurs. Les dilateurs brusques trouvent leur danger dans leur construction même : quant aux dilateurs de Hegar, ils sont passibles des mêmes règles que l'hystéromètre : ne les introduire que le col étant préalablement fixé.

Les perforations produites au cours du curettage sont à la fois les plus nombreuses et les mieux connues : à l'époque relativement récente où cette opération, à la faveur de l'antisepsie, bénéficia d'une vogue excessive, celles-ci furent fréquemment observées et judicieusement étudiées.

En règle générale, c'est en *introduisant* la curette, et non en grattant la paroi utérine que l'on risquera de perforer l'utérus : il est donc important d'acquiescer d'une façon bien nette la sensation du contact contre le fond de l'organe, sans qu'il soit nécessaire d'appuyer dangereusement.

Une bonne dilatation préalable, suffisante pour introduire la curette sans frottement, est une condition de sécurité ; il ne faut pas que celle-ci, ayant à franchir un obstacle, appuie sur les parois du canal cervical ; sitôt l'obstacle dépassé, elle risquerait d'échapper et d'aller frapper avec violence sur le fond de l'organe.

Il faut prescrire aussi, et d'une manière absolue, le *curettage sans anesthésie*. Il a bien d'autres inconvénients encore, mais nous ne retiendrons ici que celui de la perforation ; l'anesthésie permet d'opérer sans craindre les soubresauts ou les mouvements de la malade ; et aussi de déprimer, au besoin, la paroi abdominale, de façon à sentir, repérer, et fixer le fond de l'utérus.

Abaissement si possible, — dilatation suffisante, — fixation

de l'utérus, — autant de conditions qui retirent au curettage son caractère aveugle, et en conséquence une grande partie de ses dangers.

Il est encore une circonstance, signalée par un auteur américain, Zinke (1), où la curette peut occasionner une perforation utérine ; c'est lorsqu'on l'emploie à gratter, non pas toute la surface de l'organe mais la surface d'implantation d'un polype. Il est évident que la paroi utérine peut être regardée comme affaiblie en ce point, et il vaudra mieux s'abstenir de cette manœuvre complémentaire.

Nous sommes amenés ainsi à étudier les perforations produites au cours des opérations vaginales dirigées contre les polypes, les fibromes sessiles et pédiculés. La vogue de ces opérations conservatrices a beaucoup diminué pendant ces dernières années ; on leur a reconnu de multiples inconvénients (larges cavités cruentées, — hémostase pénible, — guérison longue, — possibilité de laisser dans l'utérus des noyaux fibromateux). D'autre part, la mortalité de plus en plus réduite de l'hystérectomie, abdominale ou vaginale, n'a pas peu contribué à leur déchéance : leur principal avantage (éviter l'ouverture du péritoine) est aujourd'hui négligeable ; encore n'était-on jamais sûr, comme nous le verrons, de ne pas perforer l'utérus et ouvrir la séreuse à un moment donné.

Les polypes fibromateux pédiculés exposent à la perforation utérine par un mécanisme bien spécial : il est fréquent que leur développement vers la cavité utérine ait pour effet d'attirer au niveau du pédicule les différentes couches de la paroi, d'inverser en doigt de gant la séreuse ; c'est à cette disposition anormale, mais déjà ancienne, que Mackenrodt (2) attribue la perforation dans le cas suivant :

Utérus perforé au niveau du fond par traction sur un polype fibromateux amenant une inversion partielle. Ablation au ther-

(1) ZINKE. Perforation de l'utérus par une curette. *Amer. Journal of obstetrics*, avril 1894.

(2) MACKENRODT. *Zeitschrift. für Gynakologie*, 24 avril 1896.

mocautère d'un polype fibreux implanté sur la corne gauche. On trouve, en examinant la pièce, une petite surface péritonéale sur le pédicule. Le doigt introduit dans l'utérus passe facilement par la perforation. Hystérectomie d'emblée. Guérison.

A comparer l'observation de Segond, rapportée sous le numéro XVIII de la thèse de Lenoir (1).

L'instrument employé pour l'énucléation n'a ici aucune importance : c'était l'écraseur, dans l'observation de Tillaux (2), où la perforation fut suivie d'une péritonite mortelle ; le forceps dans le cas de Piédagnel et Gosselin (3), où l'utérus fut largement déchiré, et la malade emportée également par la péritonite en cinq jours ; ce peut être indifféremment une paire de ciseaux, un bistouri, une curette (4), le doigt seul, déchirant le pédicule ; la curette grattant le moignon.

Les déchirures, au cours de l'énucléation de fibromes sessiles, ne sauraient reconnaître le même mécanisme : ce qu'il faut incriminer ici, c'est, d'une part, l'amincissement extrême de la coque utérine qui recouvre la tumeur, d'autre part la violence des manœuvres aveugles pratiquées avec les doigts ou les instruments. On comprend aisément, de par leur mécanisme, que les dimensions de ces perforations opératoires soient toujours considérables.

On trouvera de nombreux cas de cette complication signalés dans la science, avec des suites très différentes : Mickulicz (5) perfora ainsi l'utérus, put suturer la plaie et guérir sa malade ; Atlee (6) enleva de même un fragment de la paroi utérine, sans accidents graves ; Sutton (7), moins heureux, perdit son opérée ; dans deux cas de Lomer (8), terminés l'un et l'autre par la

(1) *Thèse*, LENOIR, p. 67.

(2) TILLAUD. *Ann. de gynécologie*, II, p. 468.

(3) Cité in *Thèse*, LENOIR, p. 19.

(4) MAC LEAN. *Société obst. de New-York*, 19 octobre 1887. — EMMET. *Ibid.* (3 cas).

(5) MICKULICZ. *Wien. med. Wochenschrift*, 1883, n° 16.

(6) ATLEE. *Treatment of fibr. tum.* Philadelphie, 1877.

(7) SUTTON. *Transact. of the Amer. gyn. Society*, 1884.

(8) LOMER. *Zeitschrift für geburt. und gyn.*, novembre 1876-février 1883.

mort, l'énucléation n'avait même pas pu être terminée. Lenoir (1) rapporte enfin deux cas (Woerth et Sänger), où la guérison ne put être obtenue qu'au prix d'une intervention sérieuse : hystérectomie vaginale dans le premier cas ; laparotomie dans l'autre.

L'électrolyse avec électrode intra-utérin, dirigée contre les fibromes et en particulier contre leurs hémorragies, peut n'être pas toujours une méthode complètement innocente. Dans un cas au moins, elle paraît avoir été, sinon la cause unique, au moins la condition prédisposante d'une perforation.

Ce cas, signalé par M. Segond dans son cours dès l'année 1893, et relaté dans la thèse de Lenoir (Obs. XVI), se rapporte à une malade inutilement traitée par l'électrolyse. On ne dit pas combien de séances elle avait subies. L'utérus fut perforé au cours du curettage, et cela d'une façon si facile que le moment précis de la perforation ne put être précisé. L'hystérectomie ayant été pratiquée, on trouva sur le fond de l'organe une cavité séparée du péritoine par une couche extrêmement mince. En ce point, l'utérus était perforé. M. Segond attribuait cette perte de substance au détachement d'une escarre consécutive aux applications électrolytiques.

Une méthode relativement récente, la cautérisation de l'utérus à l'aide de la vapeur surchauffée, a, dans un cas, produit une perforation mortelle par un mécanisme assez spécial. La malade dont l'histoire est rapportée par Van de Velde (2) avait subi, pour des métrorragies persistantes, une séance unique de cautérisation par la vapeur à 150° ; cette séance avait duré une minute ; on s'était contenté de placer ensuite dans l'utérus une mèche de gaze. Le surlendemain, un peu de fréquence du pouls et une température légèrement élevée font enlever la mèche, et pratiquer un lavage intra-utérin qui entraîne quelques petites escarres. Les symptômes s'aggravent néanmoins ; la péritonite s'affirme, et la malade succombe au 5^e jour. L'autopsie montre une

(1) P. 18.

(2) VAN DE VELDE. *Centralbl. für Gyn.*, 31 décembre 1898.

petite perforation de 2 ou 3 millimètres de diamètre, occupant au fond de l'utérus le centre d'une plaque de sphacèle de 7 millimètres environ ; enfin, une zone pâle et blanchâtre forme autour de cette dernière une auréole de 15 millimètres. Très évidemment, la perforation ici a été tardive. Elle est imputable, selon l'auteur, au contact direct et intime de l'instrument avec le fond de l'organe, soit que l'introduction ait été d'emblée trop profonde, soit que la contraction utérine ait amené la paroi elle-même à s'appliquer sur l'instrument métallique.

La seule conclusion que nous voulons en tirer, pour notre part, c'est que la méthode est dangereuse.

Les manœuvres abortives constituent une dernière, et non moins redoutable cause de perforations utérines : celles-ci présentent, en outre de l'intérêt chirurgical, une importance médico-légale que nous ne pouvons passer sous silence.

Les instruments les plus divers ont été employés par les femmes enceintes ou leurs complices pour produire l'avortement ; un nombre relativement restreint d'entre eux est susceptible d'occasionner la perforation utérine.

Tantôt, dans le but de produire le *décollement* des membranes, c'est la dilatation de l'orifice cervical qui a été employée : voir le cas de Kelly déjà cité, où la dilatation produite extemporanément par un dilatateur « pointu, à courbure très marquée », fut probablement jugée insuffisante ; pour en assurer l'effet, on avait introduit par le col un fragment d'éponge préparée, qui fut retrouvé par Kelly, saillant dans le péritoine par la perforation, et putréfié.

Dans la majorité des cas, c'est la *perforation* des membranes par lésion directe de l'œuf que les auteurs de l'avortement ont tenté de produire, comme entraînant plus fatalement l'expulsion. Il serait fastidieux d'énumérer tous les instruments suggérés aux malades par l'ignorance ou la nécessité : aiguille (1), sonde de femme (2), sonde urétrale en gomme (3), plume à écrire,

(1) *Thèse*, LENOIR, p. 68 (obs. XIX).

(2) PÉTREQUIN et FOLTZ. *Bulletin Acad. de méd.*, 28 décembre 1869.

(3) PATRU. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 4 mars 1896.

tringle à rideaux (1) en sont des exemples : d'autres fois, l'opération est pratiquée d'une manière plus chirurgicale, pourrait-on dire, avec l'hystéromètre, le stylet.

Au point de vue restreint des perforations utérines, nous devons faire une remarque curieuse, c'est que des perforations multiples ont pu être produites, entraînant même la mort par leurs complications propres, sans que la lésion de l'œuf ait pu être réalisée. L'observation de Raynaud, rapportée par Lenoir sous le numéro XXI, en est un bel exemple, Il existait trois piqûres dans l'utérus ; l'une, au niveau de la face postérieure, avait permis à l'agent vulnérant de perforer l'iliaque interne droite. C'est là un cas unique et exceptionnel. Dans de tels cas, la plaie est bien pénétrante dans le sens étroit du mot, mais non dans celui que nous avons convenu de lui appliquer au début de ce travail.

Très fréquentes, au contraire, sont les lésions de la paroi utérine non pénétrantes, avec perforation de l'œuf ; plaie pariétale de l'utérus, mais non ouverture du péritoine (2). Ces petits trajets, siégeant habituellement sur le col, et dus aux tâtonnements de l'opérateur, sont marqués par une petite infiltration sanguine permettant à l'autopsie de les reconnaître, et même de présumer l'époque à laquelle ils remontent (3). Le trajet peut même faire communiquer la cavité utérine avec la périphérie du col.

Enfin la perforation de l'utérus peut être complète. D'une manière générale, la perforation *du fond* de l'utérus suppose deux conditions (4) : une main expérimentée, habituée au cathétérisme de l'organe (les charlatans produisent généralement, de préférence, des lacérations des culs-de-sac), et une grossesse relativement récente. Sur 6 cas, dus à Tardieu, où l'âge de la grossesse est approximativement indiqué, 4 fois la grossesse avait

(1) BRIAND et CHAUDÉ. *Médecine légale*, p. 231.

(2) TARDIEU. Étude médico-légale sur l'avortement, p. 132 et suiv. Obs. XXXVII, XXXVIII, XXXIX.

(3) BRIAND et CHAUDÉ, p. 236.

(4) *Ibidem*.

2 mois; 4 fois 3 mois; 1 fois 5 mois; une fois seulement il s'agit d'un utérus à terme : encore dans ce cas la perforation utérine reconnaît-elle un mécanisme spécial : c'est pendant une tentative d'extraction directe du fœtus que la paroi antérieure se trouva largement déchirée. Il faut, en effet, que l'utérus n'ait pas encore pris un trop grand développement, pour que l'instrument ayant traversé l'œuf de part en part, puisse traverser la paroi opposée. On pourrait même dire, avec une apparence de paradoxe, qu'un utérus vide serait dans un tel cas des plus dangereux. Il ne manque pas de cas où des opérateurs coupables, croyant à l'existence d'une grossesse, se sont livrés à des manœuvres pouvant produire la perforation. Un beau cas est celui de Patru, auquel nous avons fait allusion déjà (1); la perforation s'est produite ici par un mécanisme exceptionnel; l'ulcération lente.

On comprend aisément que l'avorteur, persuadé d'une grossesse, ait tendance à insister avec un instrument rigide et à renouveler les tentatives jusqu'à obtenir la sensation qu'il perfore quelque chose : il a perforé l'utérus.

La lésion de l'utérus au cours de l'avortement n'a pas toujours été produite par piqûre instrumentale. On trouvera dans nos observations un cas de Tardieu, où d'énormes lésions furent produites de la façon suivante : chez une femme à terme, ou à peu de chose près, et dans le but de terminer un accouchement clandestin, la main tout entière fut introduite dans l'organe. Une plaie de 13 centimètres en fut la conséquence. On conçoit qu'une grossesse très avancée soit nécessaire pour pouvoir réaliser ces déchirures : c'est précisément la condition contraire des perforations par piqûre.

(1) PATRU. Passage d'une sonde de l'utérus dans le rectum. *Revue méd. de la Suisse Romande. Société méd. de Genève*, 4 mars 1896.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des perforations utérines est basée sur un nombre relativement restreint de cas; le nombre des lésions mortelles suivies d'autopsie est heureusement rare; rares aussi, malgré la tendance de certains opérateurs, les cas où l'on a cru prudent de pratiquer l'hystérectomie vaginale immédiate. Enfin, dans quelques observations exceptionnelles, on a pu, de visu, et immédiatement après la lésion utérine, explorer et voir celle-ci soit par laparotomie, soit par colpotomie.

A un autre point de vue, les perforations utérines ont pu être retrouvées et constatées dans trois conditions: immédiatement ou presque immédiatement après le traumatisme, à l'état de plaies proprement dites; — incidemment à l'occasion d'opérations ultérieures, sous forme de cicatrices; — enfin tardivement, ayant perdu une partie de leurs caractères initiaux pour prendre la forme fistuleuse, et constituer cette affection si curieusement paradoxale: la fistule métrô-péritonéale.

La multiplicité des plaies utérines appartient presque exclusivement aux lésions de l'avortement provoqué: les tâtonnements et l'insistance de l'opérateur en sont la cause: telle l'observation de Raynaud, citée par Lenoir sous le numéro XXI (quatre perforations). L'hystéromètre, la curette, la sonde, le dilateur, produisent en général une perforation unique.

Il faut faire exception pour les cas dans lesquels l'opérateur, doutant de la perforation accomplie, recommence l'épreuve et perfore de nouveau l'utérus; on voit dans de tels cas jusqu'à quatre perforations voisines et semblables (Glaeser).

Si l'utérus est suffisamment résistant, l'instrument tendra, au contraire, à repasser par la même voie.

Il n'est pas exceptionnel d'observer, sur des utérus friables et atteints de perforations multiples, des fissures du tissu utérin réunissant entre elles deux de ces perforations (Glacser); l'ensemble de ces lésions produit une plaie qui peut être énorme : voici, à titre d'exemples, le détail des lésions observées dans le cas de Van Riper (1); l'opérateur, après avoir perforé accidentellement l'utérus avec une sonde, crut à une grossesse et pratiqua la dilatation préliminaire au curettage. Il fit avec le dilateur une deuxième perforation : la laparotomie montra : 1° une perforation voisine de la corne droite (sonde); 2° à la face antérieure, une fente allant verticalement du fond de l'utérus au cul-de-sac vaginal (dilateur). L'intestin, engagé dans la première perforation, s'était étranglé sur la bande de tissu intermédiaire aux deux plaies, bande que l'on dut inciser pour permettre sa libération.

L'étude du siège des plaies utérines manifeste une prédominance assez compréhensible pour le fond de l'organe. Dans la thèse de Lenoir, sur 4 observations (I, XV, XVI, XVII), où le siège de la perforation a été vérifié de visu, trois fois (I, XV, XVI) elle occupait cette région ; elle était même, dans le cas de Baudron (Obs. XVI, « juste dans le prolongement de l'axe du col » ; même siège dans le cas de Roberts (2).

Un autre siège de prédilection des plaies perforantes, c'est le sommet de l'angle de flexion dans les utérus à courbure exagérée : la région de l'isthme ou la partie immédiatement supérieure, tels les cas de Brothers (3), Courant (4), Kelly (5), Potherat (6).

Pour les utérus puerpéraux, uniformément ramollis, cette prédilection est moins marquée, et nous voyons la perforation

(1) VAN RIPER. *Med. News*, 22 août 1896.

(2) ROBERTS. *Lancet*, 11 décembre 1896.

(3) BROTHERS. *Amer. Journ. of obstetrics*, 1888, p. 446.

(4) *Ibid.*, cité par BROTHERS.

(5) KELLY. *Amer. Journ. of obstetrics*, janvier 1891.

(6) In *Thèse*, LENOIR. Obs. XVII, p. 66.

affecter les sièges les plus divers : elle s'ouvre en avant du ligament large droit, sur la face antérieure, dans l'observation de Haven (1), sur le bord droit de l'organe, chez la malade d'Alberti (2). Il faut considérer comme très exceptionnelle l'observation inédite que nous devons à l'obligeance de notre ami Jayle, où la perforation, sur un utérus simplement métritique, occupait la face postérieure, au voisinage de la corne gauche.

Il est, à priori, tout à fait exceptionnel que la perforation utérine puisse se faire au niveau du ligament large, sans s'ouvrir dans la cavité péritonéale. En fait, nous ne connaissons qu'une observation où cette disposition soit signalée (3). Dans ce cas unique, où il s'agissait très vraisemblablement de manœuvres abortives, la perforation, intéressant l'organe en arrière du col, s'ouvrait dans une large hématoïde où l'on retrouva le placenta et un fœtus d'environ 3 mois.

Il y a peu à dire sur la forme même des perforations : le plus souvent, l'orifice est arrondi, et devient punctiforme par suite de la rétractilité du tissu : exceptionnellement, dans un cas, une curette de Récamier avait produit une perforation curviligne, reproduisant très exactement la section de l'instrument (*Obs. de Le Normant*).

La fissure linéaire s'observe soit dans les cas d'éclatement par surdistension du col, soit, accessoirement, dans les utérus friables, prolongeant une plaie circulaire ou réunissant plusieurs d'entre elles. La forme étoilée et déchiquetée n'appartient guère qu'aux perforations abortives. Elle demande pour être réalisée un tissu friable, un instrument volumineux, et une main brutale.

On a expliqué dans certains cas la production de ces fissures par la contraction de l'utérus déjà perforé appuyant directement sur le fœtus ; on a même incriminé (Lacassagne), avec apparence de raison, l'administration intempestive d'ergot de seigle.

(1) HAVEN. *Boston med. Journal*, 1892.

(2) ALBERTI. *Centralbl. für Gyn.*, 29 septembre 1891.

(3) JUYE. *Société obstét. et gynécol.*, avril 1898.

Les pertes de substance considérable, par arrachement, n'ont été vues que dans l'avortement provoqué.

Les dimensions de l'orifice dépendent moins de l'agent vulnérant lui-même que de la friabilité utérine : l'utérus normal se perfore ; l'utérus puerpéral se déchire. Dans l'observation de Haven, la rupture s'étend verticalement de la corne au col ; dans celui d'Alberti, elle mesure 4 centimètres, descend jusqu'à l'orifice interne et a donné passage à une anse intestinale.

Les perforations par manœuvres abortives sont en général assez étendues : Tardieu, dans quatre cas, a cité les dimensions : 5 centimètres, — 6 centimètres, — le diamètre d'une pièce de cinq francs ; — enfin, dans un cas exceptionnel et unique, 13 centimètres.

Les bords même de cette perforation peuvent présenter un aspect très variable : si elle est très petite (Jayle), ils sont si peu modifiés d'aspect que la plaie, produite dix minutes auparavant, est difficile à retrouver : ils peuvent saigner plus ou moins abondamment : Courant, cité par Brothers, fait la laparotomie le lendemain de la perforation : il trouve une cuillerée de sang dans le Douglas, et en remuant l'utérus, l'écoulement recommence : Brothers lui-même trouve par une colpotomie postérieure immédiate la perforation longue d'un quart de ponce, et « saignant à flots ».

Les lèvres de la plaie peuvent être le siège d'altérations hyperémiques ou nécrotiques, vérifiées à l'autopsie ou pendant les opérations ultérieures, sans qu'on puisse faire d'une façon très précise le départ entre la lésion ancienne, cause de la perforation, et la lésion récente, conséquence de celle-ci : Haven trouve aux deux extrémités de sa plaie de petits noyaux d'aspect sphacélique, et juge prudent de réséquer les bords de la plaie : il insiste sur leur peu de vitalité. Rabe Ruckhardt et Lehman, cités dans la thèse de Lenoir (Obs. II), observent autour d'une perforation une friabilité très grande, avec couleur gris bleuâtre du parenchyme, et un développement vasculaire considérable. Sur le même utérus, d'ailleurs, une autre perforation s'ouvrait.

dans un tissu parfaitement normal ; Tardieu insiste, dans un cas, sur l'aspect noirâtre, pulpeux, inégal, des bords de l'orifice (Obs. XLIII de l'étude médico-légale sur l'avortement).

Nous devons enfin rappeler le cas où une dépression ulcéreuse du fond de l'utérus, due probablement à des tentatives d'électrolyse, amorçait pour ainsi dire la perforation utérine.

Il est toute une variété de cas où les caractères anatomiques de la plaie ne constituent pas une simple curiosité, mais acquièrent une réelle importance diagnostique : c'est quand il s'agit, pour le médecin légiste, de déterminer et d'affirmer la nature traumatique de la perforation. Il s'est trouvé, en effet, des cas où les prévenus ont invoqué pour leur défense la possibilité d'une perforation spontanée (Obs. XLIII de Tardieu). Dans de tels cas, il faut attribuer une importance extrême à l'état du reste de l'utérus. Tandis que le pourtour de la plaie est ecchymotique, parfois violemment congestionné, ou même infiltré de pus, et par ce fait aminci et friable, l'ensemble du parenchyme contraste par sa consistance et son aspect normaux. D'autre part, la présence dans le petit bassin d'un épanchement de sang déjà altéré peut avoir une valeur décisive, lorsqu'on cherche à présenter la perforation comme la conséquence et non la cause de l'infection et par conséquent à lui attribuer une date tout à fait récente.

Enfin, la constatation d'un col dilaté, coïncidant avec une rupture même fort large, doit contribuer à faire écarter l'idée d'une perforation spontanée ; c'est en effet sous l'influence des contractions violentes, quand la dilatation ne peut se faire, que l'on observe le plus souvent ces ruptures.

Dans les cas où l'on a pratiqué l'examen nécroscopique d'utérus perforés par avortement, on n'a jamais trouvé le fœtus dans la cavité utérine ; on a pu le rencontrer, au contraire, avec le cordon et le placenta, en pleine cavité péritonéale, dans les cas où le traumatisme avait ouvert une voie suffisamment large à travers le fond de l'utérus.

Il y a peu de chose à dire sur la direction et la longueur du trajet parcouru par l'instrument dans la paroi utérine, sinon

que son obliquité et son étendue ont paru toujours une condition de bénignité. Non seulement la curette ou l'hystéromètre s'essuie, pour ainsi dire, avant d'émerger en pleine cavité péritonéale, mais l'obliquité du trajet a très souvent pour effet de constituer un bec, une sorte de valvule, empêchant le passage si dangereux dans le ventre des injections intra-utérines.

Il est rare que le traumatisme ait été suffisant pour léser d'une façon notable les organes voisins; en général, son action vulnérante s'épuise sur l'utérus. Dans les manœuvres abortives seulement, on rencontrera des lésions complexes. Nous avons déjà signalé le cas de plaie de l'iliaque interne; de même, il nous suffira de rappeler la fistule recto-utérine par passage d'une sonde en gomme introduite dans l'utérus. Voici cependant un cas de perforation simultanée de l'utérus et d'une anse intestinale, au cours des manœuvres de curettage. Orthman (1) cherchant à extraire avec une pince des débris de placenta amène une anse intestinale perforée; la laparotomie faite immédiatement permet de constater que cette anse adhérait antérieurement à l'utérus; d'où perforation simultanée des deux organes.

Dans le cas de Van Riper auquel nous avons fait de fréquentes allusions, le dilatateur avait presque séparé l'utérus de la vessie, sans toutefois ouvrir celle-ci.

Il est moins exceptionnel d'observer, si la plaie est de dimensions suffisantes, l'engagement et l'étranglement de l'intestin ou de l'épiploon. Cette complication tient à deux causes: elle peut se produire spontanément (cas d'Hoffmann cité par Haynes), ou bien résulter d'une manœuvre directe de l'opérateur, accrochant à la curette ou amenant avec une pince (Alberti (2), Van Riper (3), Veit, Orthman, Olshausen, Gusserow, Martin (4), Mann (5), l'anse intestinale qu'il prend pour un débris placen-

(1) ORTHMAN, in DUMONT. *Arch. de tocol.*, mars 1895.

(2) ALBERTI. *Loc. cit.*

(3) VAN RIPER. *Med. News*, 22 août 1893.

(4) *Société obstét. et gynéc. de Berlin*, 1894.

(5) MANN. *Amer. Journ. of obstetrics*, obs. XXXI, n° 5.

taire. Il est intéressant de signaler que l'erreur a eu lieu une fois, en sens contraire, un praticien prenant pour une anse intestinale la lèvre antérieure molle et flottante du col (1).

Dans ces cas, le danger d'infection de l'intestin dans une cavité septique se double du péril d'étranglement; celui-ci peut avoir lieu soit au niveau de la plaie utérine, soit au niveau du col utérin, quand l'anse a été amenée jusque dans le vagin (Alberti); pour opérer la réduction, dans ce dernier cas il fallut même débrider l'orifice interne.

Cette anse intestinale, ainsi violemment amenée à travers une perforation généralement étroite, est dans presque tous les cas dans un état lamentable: le mésentère peut être arraché, l'intestin lui-même contus, lacéré: ce n'est qu'en réséquant, au cours de la laparotomie, une longueur parfois considérable que l'on peut espérer la guérison. On a même vu un opérateur affolé, en présence du segment tubulé que ramenait sa pince, couper ce prétendu « cordon » au ras de l'orifice du col.

Les perforations utérines se compliquent rarement de la présence de corps étrangers: c'est surtout dans les manœuvres abortives pratiquées à la dérobée et avec maladresse qu'on en a observé des exemples.

On a retrouvé ainsi dans l'utérus des aiguilles (2), un fuséau (3); d'autres fois, le corps étranger, échappant aux mains de l'opérateur, a migré dans la cavité abdominale, d'où on a pu l'extraire ultérieurement. Cette évolution curieuse a été suivie par une sonde de femme (4), une baguette de verre (5); le corps étranger a même pu provoquer une suppuration localisée du parametrium, et s'éliminer spontanément soit par la paroi abdominale (Froriep), soit par le rectum (Patru).

M. Marchand (6) a montré en 1897 à la Société de chirurgie

(1) LENOIR. Obs. XXIII.

(2) LENOIR. Obs. XIX. Obs. de Froriep.

(3) M^{me} TSCHERNOMORDIK-GINSBOURG. *Journal d'accouch. et de gyn. de Saint-Petersbourg*, 1894.

(4) PÉTREQUIN et FOLTZ. *Académie de méd.*, 28 décembre 1869.

(5) *Journal de méd. de Paris*, février 1900.

(6) *Bulletin Soc. chir.*, 7 juillet 1897.

une bougie de Hegar introduite un an auparavant ; cette bougie avait perforé l'utérus, puis le péritoine pariétal au niveau du promontoire, et s'était logée entre les deux feuillets du mésentère, qu'il fallut inciser pour l'extraire. Ce cas est tout à fait exceptionnel et reste environné d'une certaine obscurité. On conçoit, en effet, que l'échappement de l'agent vulnérant soit bien difficile à admettre, s'il s'agit d'un instrument chirurgical, manié par un chirurgien.

On a vu pourtant dans un autre cas une curette profondément introduite ne pouvoir être ressaisie qu'avec de longues pinces (1).

La cicatrice d'une perforation utérine n'a été rencontrée que deux fois par Lawson Tait au cours d'opérations ultérieures : bien qu'il ne donne sur elle aucun détail, tout permet de supposer qu'elle présente les mêmes caractères que les cicatrices consécutives aux plaies pénétrantes produites de dehors en dedans. Celles-ci se sont constamment montrées solides, ne gênant en rien les accouchements ultérieurs. A plus forte raison, les perforations de dedans en dehors, de dimensions toujours plus restreintes.

Il est très remarquable, d'ailleurs, que les perforations utérines par hystéromètre deviennent en très peu de temps impossibles à retrouver. Jahreiss (2) rapporte le très intéressant fait suivant : au cours de la libération d'une flexion utérine, perforation : légère réaction péritonéale ; au bout de quatre jours, les symptômes s'accroissent au point de légitimer la laparotomie ; on trouve le péritoine utérin épaissi et rouge, mais, dans la zone congestionnée, on ne peut retrouver la perforation.

Il est encore une évolution rare, paradoxale, et, cependant plus fréquente qu'on ne pourrait supposer : c'est la fistule métrô-péritonéale.

Signalée isolément par différents auteurs, la fistule métrô-péritonéale a pu être supposée dans des cas où la curette s'en-

(1) CASSAET. *Société anat. et phys. de Bordeaux*, 8 juin 1891.

(2) JAHREISS. *Centralbl. für Gyn.*, 12 février 1898.

fonçait sans violence perceptible à une grande profondeur : il convient de faire la plus extrême réserve à propos de ces cas ; elle devient infiniment plus probable lorsque l'expérience reproduite à plusieurs semaines ou même plusieurs années de distance permet de constater le passage aisé de la sonde, toujours sans violence et dans la même direction : enfin, il est d'autres observations que vraiment aucune suspicion ne peut atteindre : celles où la fistule a été directement reconnue et explorée au cours d'une intervention radicale.

L'étude de cette évolution des plaies utérines repose sur les observations de Lawson Tait (1), Valenta (2), Bandel (3), Jacobs (4), Hubert (5), Dubar (6), etc.

Les conditions dans lesquelles peut se produire et surtout persister une communication muco-séreuse directe relativement large, sans accident péritonitique et sans tendance à l'occlusion spontanée, sont encore entourées d'obscurité.

Comme pathogénie, on relève des manœuvres obstétricales (Valenta), des interventions chirurgicales graves telles que les opérations pour inversion utérine (Baudel) des perforations par curette sur un utérus aminci (L. Tait).

Quant aux raisons qui font persister la fistule, ce dernier auteur a signalé dans un cas l'atrophie sénile de la paroi, peu favorable à la réparation cicatricielle : en somme, dans tous ces cas, le traumatisme n'aurait pas été seul en cause : une lésion organique et effective de la paroi est intervenue et pour faciliter la perforation et pour entretenir la fistule : sphacèle, atrophie, infection, tels sont en de tels cas les adjuvants du traumatisme.

Lawson Tait a même observé dans un cas une tendance à la cicatrisation spontanée, ayant abouti à la réparation de la moitié

(1) LAWSON TAIT. *Lancet*, 18 mai 1871 ; 19 octobre 1871 ; 1877, n° 2, p. 44 ; 1892, 18 mai, 19 octobre ; 1895, 10 août.

(2) VALENTA. *Congrès des naturalistes de Gratz*, 1875.

(3) BANDEL. *Ibid.*

(4) JACOBS. *Société de gyn. et d'obst. belge*, 30 octobre 1892.

(5) HUBERT. *Ibid.*

(6) DUBAR. *Bulletin méd. du Nord*, 27 octobre 1893.

supérieure de la plaie ; la partie inférieure sur une longueur d'un demi-pouce restait béante.

Le cas publié par Dubar présente cet intérêt tout spécial que l'aspect de la fistule et en particulier de ses bords est noté d'une façon très détaillée : c'est un orifice arrondi, de *trois centimètres de diamètre*, au pourtour *blanchâtre, fibreux, cicatriciel* ; il n'existe au voisinage *aucune trace de péritonite*. L'origine présumée de la fistule remontait environ à deux ans.

Mais ce que rien ne saurait expliquer jusqu'à présent, ce qui reste paradoxal dans l'histoire de ces fistules, c'est l'absence de réaction péritonéale autour d'elles ; on supposerait logiquement la formation d'une péritonite adhésive, avec accolement possible des anses intestinales ; la constitution d'une loge enkystée, où s'ouvrirait l'orifice de communication avec l'utérus. Mais, cette communication large, directe, constante, d'une sereuse saine avec une cavité muqueuse dont l'infection est souvent avérée, reste comme un des problèmes les plus curieux de l'anatomie pathologique.

L'absence de symptômes est peut-être le côté le plus curieux de l'histoire de ces fistules : une malade de Lawson Tait, entre le curettage traumatisant et l'opération radicale, a présenté pendant neuf mois de la leucorrhée abondante, des métrorrhagies, quelques douleurs ; tous signes vagues et parmi lesquels rien ne se rapporte à une réaction péritonéale.

D'autres fois, le hasard seul fait reconnaître la perforation : la sonde ou la curette s'enfonce à une profondeur anormale, sans la moindre violence : l'opération pratiquée séance tenante fait constater une plaie ancienne.

Et il faut noter que ces utérus sont généralement, sinon toujours, des utérus malades, infectés, suppurants : dans un cas de L. Tait la leucorrhée est telle qu'on pense à un épithélioma ; dans un autre cas, le même auteur admet comme probable l'issue constante d'une notable quantité de pus dans le péritoine.

Il est évidemment là un élément difficile à élucider : le facteur de bénignité de ces fistules nous échappe. Evidemment, au moins dans la station debout, la cavité utérine se draine

d'une façon suffisante, mais dans le décubitus dorsal, l'orifice ne peut-il pas se trouver, en un point déclive, dangereusement placé, par conséquent? Plus étrange encore, peut-être, est l'absence d'adhérences ou de localisation infectieuse dans le péritoine voisin.

Ce n'est pas dans une cavité cloisonnée, c'est dans la grande séreuse que pénètre la sonde ou la curette, aussi loin qu'on veut la pousser.

Il faut, enfin, mettre tout à fait à part deux extraordinaires observations. L'une de Hubert où une fistule métro-péritonéale persista pendant la grossesse, et permit, par sa dilatation énorme, le passage du fœtus dans la cavité abdominale; l'autre de L. Tait où une fistule métro-péritonéale n'empêcha pas deux grossesses d'aller à terme.

La localisation des symptômes, suivie de collection locale, est une éventualité exceptionnellement rare, après la perforation utérine: à peine indiquée comme tendance dans un cas de Haynes (1), terminé par résolution rapide, elle aboutit à la suppuration, nécessitant la colpotomie postérieure dans notre observation personnelle.

Elle est moins exceptionnelle dans les rares cas où la perforation utérine se complique de corps étrangers: déjà nous avons vu un cas de ce genre chez la malade de Patru; dans la statistique de 74 observations de corps étrangers de l'utérus rapportées par Neugebauer (2), 7 fois seulement celui-ci perfora l'utérus et émigra dans l'abdomen; mais sur les 7 observations, 5 se rapportent à des collections localisées dans le péritoine péri-utérin. Deux fois cette collection fut vidée, et le corps étranger extrait, au cours de l'hystérectomie vaginale; une fois par la laparotomie. Enfin dans les deux derniers cas, la migration n'en resta pas là: le corps étranger, poursuivant son élimination spontanée donna lieu à un abcès qui s'ouvrit au dehors. Le premier, siégeant dans la région de l'aîne, permit

(1) Obs. « Cinq heures après, au toucher, léger empatement dans le cul-de-sac « postérieur, qui disparaît en 48 heures. »

(2) NEUGEBAUER. *Revue de gyn.*, novembre-décembre 1898, p. 983.

aisément l'extraction. Le second, au contraire, fusant au loin, jusque vers l'ischion, y laissa persister une fistule anfractueuse.

En ajoutant à ces cas celui tout à fait comparable de Froriep (1), où l'aiguille migra par un abcès de l'aine, nous arrivons à un total de six cas où la perforation compliquée de corps étrangers septiques aboutit à une suppuration localisée.

Une dernière évolution reste possible, et a été observée ; c'est l'établissement d'une communication permanente entre l'utérus et l'intestin, l'utérus et la vessie : la fistule utéro-intestinale, la fistule vésico-utérine.

Incomparablement plus rares que les fistules similaires du vagin, ces communications ont, en général, une origine obstétricale : cependant, sur 31 cas de fistules utéro-intestinales rapportées par Neugebauer (2), 7 doivent nous intéresser particulièrement, car elles se sont produites en dehors de la grossesse ; en mettant à part deux cas relatifs à des malformations intra-utérines, il reste cinq cas décomposables ainsi : deux fois une hématométrie ouverte secondairement dans le rectum (3), deux fois une suppuration due à l'infection de fibromes ayant pris la même voie (4) ; une fois enfin, l'intestin atteint de tuberculose adhérent à l'utérus, altérant sa paroi, et en amenant la perforation spontanée (5). Dans aucune de ces perforations, le traumatisme n'est en cause.

Les fistules urinaires sont également, pour une immense majorité, des fistules obstétricales, qu'elles intéressent la vessie ou l'uretère. A ce titre, elles ne rentrent pas dans le cadre de cette étude, et nous ne signalons que pour mémoire les cas de Hergott (6), Philimonoff (7), Mackenrodt (8).

(1) FRORIEP. Notizen andem. gebiet der Natur und Heilkunde. Weimar, t. VI, n° 18.

(2) NEUGEBAUER. 31 observations de fistules utéro-intestinales. *Revue de gynéc.*, juillet-août 1898, p. 581.

(3) Cité par NEUGEBAUER.

(4) *Ibid.*

(5) KAUFMANN. *Arch. für gyn.*, XXVIII, p. 407.

(6) *Ann. de gyn.*, juin 1888.

(7) *Wracz*, 1887, n° 50, p. 977.

(8) MACKENRODT. 66^e réunion des naturalistes et médecins allemands. Vienne, 1894.

CHAPITRE VI

SYMPTÔMES

L'histoire clinique des perforations utérines peut se présenter d'une façon très différente : certes, il est des cas où leur évidence immédiate rend inutile la recherche de tous signes fonctionnels : lorsque l'utérus est déchiré au cours de l'énucléation d'un fibrome, la lésion est là, patente, sous les yeux de l'opérateur. Mais tel n'est pas le cas habituel. L'immense majorité des perforations sont produites au cours du cathétérisme ou du curettage. Nous prendrons comme type l'accident survenu au cours de cette dernière opération.

La perforation de l'utérus pendant l'opération du curettage peut être reconnue à trois périodes différentes :

1° Au moment même où on la produit ;

2° Ultérieurement, mais au cours de l'opération et avant la fin de celle-ci ;

3° Enfin, elle peut passer totalement inaperçue au cours de l'opération, ne se manifester par aucun symptôme immédiat. Dans de tels cas, ou bien la bénignité de l'accident est définitive, l'histoire clinique de la perforation est nulle ; ou bien des accidents consécutifs variables se produiront d'une façon plus ou moins tardive, amenant à poser le diagnostic rétrospectif.

Il convient d'établir une différence essentielle, suivant que la malade est endormie ou éveillée : certains auteurs (Dumont) (1)

(1) *Arch. de tocologie*, mars 1895.

sont allés jusqu'à préconiser le curettage sans anesthésie, pour ne pas se priver, le cas échéant, du *symptôme douleur*. Cette précaution nous semble plus dangereuse qu'utile, et nous nous sommes déjà expliqués, à propos des manœuvres dangereuses, sur la nécessité de l'anesthésie dans le curettage. Sauf les contre-indications générales de l'éther ou du chloroforme, jamais nous ne pratiquerons cette opération, si aisée semble-t-elle, sans endormir notre malade : d'ailleurs, parmi les gémissements et les plaintes de la patiente non anesthésiée, sera-t-il toujours bien facile de reconnaître le cri arraché par la perforation? N'y a-t-il pas là plutôt une cause de confusion, de trouble, et, pour tout dire, d'affolement possible pour l'opérateur? Souvenons-nous des cas cités par Flandrin, où l'utérus se perfora pendant l'irrigation continue. Les mouvements brusques d'une malade indocile, au moins dans un cas, paraissent avoir été la cause directe de la rupture : de même, ne faut-il pas craindre ici de voir, suivant l'expression heureuse de de Coquet (1) l'utérus « embroché » par l'instrument au cours des mouvements exagérés de la malade.

La douleur vive, aiguë, syncopale (2), donnée par Dumont comme premier symptôme, est attribuée par lui au contact de l'instrument avec l'intestin. C'est peut-être donner une explication un peu hâtive; nous sommes habitués à voir, dans toutes les perforations brusques des organes creux de l'abdomen, cette douleur syncopale accompagner la rupture. Mais il y a plus : cette douleur, indéniable dans certains cas, est loin d'être constante : elle peut manquer tout à fait, se borner à une sensation diffuse de tension très modérée. En veut-on des exemples? Nous trouvons dans un cas de Rabe Ruckardt et Lehmus (3) la mention laconique : « *aucune douleur* » ; dans un autre (4) « *aucune douleur ; aucune réaction inflammatoire* » ; dans un troisième (5),

(1) Voir le cas de HAYNES, « douleur vive, collapsus, pouls à 140. »

(2) DE COQUET. *Journal de méd. de Bordeaux*, septembre 1893.

(3) LENOIR. *Thèse*. Obs. III.

(4) *Ibid.* Obs. IV.

(5) *Ibid.* Obs. V.

où le bouton de l'hystéromètre est senti à l'ombilic, « *ce cathétérisme n'accasionne aucune douleur à la malade* ». Dans une observation de tout point analogue due à Demarquay (1), « *le cathétérisme s'était fait absolument sans douleur* »; Hildebrandt (2) passe une sonde à 20 centimètres « *sans difficultés et sans douleurs* »; dans l'observation inédite de Lenoir (3), où la curette s'enfonça jusqu'au manche, on note « *la malade n'a pas souffert* ». En regard de ces cas, Rabe Ruckardt et Lehmus (4) voient une fois *la sensibilité de l'abdomen augmenter* après l'exploration (sonde enfoncée à 19 centimètres).

Hildebrandt (5) signale *un sentiment modéré de douleur et de tension*, qui se renouvelle à chaque nouvelle tentative. Hœning (6) enfin voit pénétrer la sonde à 11 centimètres et demi, en occasionnant *des douleurs abdominales vives*; ce qui ne l'empêche pas d'ailleurs de renouveler la perforation de propos délibéré, pour son instruction et celle de ses élèves. L'auteur se borne à ajouter avec flegme « *cette manœuvre occasionne à la malade de vives douleurs* ».

Il a longtemps, d'ailleurs, que Huguier, enclin à l'optimisme, déclarait que la symptomatologie se réduit dans ces cas à *quelques coliques*. Sans aller jusque-là, on peut dire que la douleur immédiate dans la perforation utérine est un symptôme inconstant et par conséquent trompeur; la sensibilité de l'utérus n'est-elle pas, par excellence, une chose variable, et quel gynécologue n'a été frappé de la différence entre les cols tolérants que la pince accroche sans douleur et les cols hyperesthésiques qu'offense le seul contact du doigt? Ceux même qui ont préconisé le curettage sans anesthésie n'ont-ils pas un peu escompté la sensibilité obtuse de l'organe? Le symptôme douleur doit être noté. Mais il ne faut, répétons-le, ni l'exiger, ni l'attendre, ni surtout le rechercher.

(1) Thèse, LENOIR. Obs. VI.

(2) Ibid. Obs. IX.

(3) Ibid. Obs. XI.

(4) Ibid. Obs. II.

(5) Ibid. Obs. III.

(6) Ibid. Obs. X.

Il en est de même de l'hémorragie ; en admettant que celle-ci se produise, elle a bien peu de tendance à se faire jour par les voies naturelles : Alberti s'étonne que la déchirure étendue observée par lui n'ait pas saigné davantage ; c'est le contraire, semble-t-il, qui eût été étonnant : en tout cas, si l'on observe une hémorragie anormale, il y a bien assez de raisons pour l'expliquer, sans faire intervenir la perforation utérine.

Nous sommes donc réduits, dans presque tous les cas, à poser le diagnostic rupture sur la seule constatation des signes objectifs : mais avant de passer à l'étude de ces derniers, il convient de signaler un phénomène curieux, bien qu'exceptionnel : l'altération des traits avec tendance au collapsus chez une malade endormie. Jayle (1) a vu, dans un cas unique, cette altération se produire, non pas au moment de la perforation, mais lors du passage de l'injection intra-utérine dans la cavité abdominale : « A ce moment, et bien qu'endormie, la malade pâlit brusquement et les traits s'altèrent tout à coup pour prendre le type « du facies péritonéal. »

La constatation directe de la perforation utérine comporte deux éléments distincts : la sensation, si faible soit-elle, de résistance vaincue ; — l'engagement profond de l'instrument dans la cavité utérine, vérifié ou non par la constatation directe de sa pointe à l'ombilic.

Il ne faut pas trop compter sur la sensation de rupture, au moins dans les observations publiées ; on ne saurait demander à un opérateur d'avouer qu'il a manqué de douceur, et le fait de publier une perforation utérine constitue déjà un acte assez méritoire de la part de son auteur. Tout en faisant donc cette légère réserve, on doit convenir que la sensation est souvent obscure, et cela précisément à cause de la friabilité du tissu : il faut tenir compte aussi du désir très louable qu'a l'opérateur de faire une opération complète, d'obtenir partout, comme il est recommandé, le cri utérin : un praticien novice

(1) JAYLE. *Thèse*, Paris, 1895, p. 40.

ayant toujours dans l'esprit la crainte de perforer l'utérus ferait probablement de fort mauvais curettages. Un chirurgien expérimenté, ayant cureté une longue série d'utérus résistants, perforera aisément un utérus puerpéral friable.

Il faut donc attacher une grande importance à la moindre sensation d'échappement brusque, de résistance vaincue; certains opérateurs, stupéfaits de voir s'enfoncer leur curette, ont été jusqu'à rechercher par un nouveau cathétérisme la sensation qu'ils n'avaient pu percevoir. Tels Hœning (1), O. Beuttner (2), Hickman (3), Brothers (4) Hildebrandt (5); dans la plupart des cas, en explorant avec précaution la cavité utérine, on peut sentir d'un côté la résistance normale du fond de l'organe, tandis que de l'autre la curette ou la sonde pénètre aisément: cette double sensation permet d'affirmer la rupture et d'en préciser le siège. Dans d'autres cas, la sonde passe avec une facilité égale dans toutes les directions: autant de cathétérismes, autant de plaies perforantes. Cette exploration, qu'on ne saurait trop blâmer, est devenue, entre les mains de certains chirurgiens allemands, une démonstration de clinique: c'est confondre un peu, semble-t-il, la clinique avec l'amphithéâtre.

Si l'instant exact de la perforation ne peut toujours être perçu d'une façon nette, un symptôme indéniable, en tous cas, c'est l'engagement profond, la fuite, pour ainsi dire, de la curette ou de l'hystéromètre. La profondeur à laquelle l'instrument s'engage ne dépend, comme on le conçoit, que de la volonté même du chirurgien. Donnons néanmoins quelques chiffres à titre documentaire: sur dix-neuf cas où la profondeur exacte fut notée, celle-ci fut respectivement de 9 centimètres; — 10-11 (deux fois); — 12 1/2; — 14 (2 fois); — 15; — 16 (2 fois); 17 1/2 — 18 — 19 (2 fois); — 20 (3 fois) — 24 centimètres et enfin 25 centimètres. — C'est surtout, on le comprendra aisément, l'hystéro-

(1) HÖNING. *Berlin. klin. Woch.*, 1870, n° 16.

(2) OSCAR BEUTNER. *Centralbl. für gyn.*, 1898, n° 42, p. 1271.

(3) HICKMAN. *Med. News*, 2 mars 1895.

(4) BROTHERS. *Amer. Journ. of obstetrics*, 1887, p. 449.

(5) HILDEBRANDT. *Monatschrift für Geburtsh.*, XXXI, p. 447.

mètre, mince et rectiligne, qui s'enfonce à des profondeurs considérables ; une seule fois la curette a pénétré à 20 centimètres ; enfin les dilateurs métalliques n'ont jamais dépassé 14.

Ces chiffres pourront paraître considérables ; ils s'expliquent par la tendance d'un opérateur qui espère encore se trouver dans une cavité agrandie, et cherche toujours plus haut un fond d'utérus imaginaire. On peut également se demander quelle dimension il faut constater à l'hystéromètre pour affirmer la perforation : celle-ci sera en général à peu près certaine quand la sonde atteindra 15 centimètres : encore persiste-t-il toujours des causes d'erreur ; faut-il parler de ce chirurgien (1) qui, pénétrant à 15 centimètres, se crut dans un utérus gravide, curetta, et ramena en guise de fœtus une anse intestinale déchiquetée ?

Un élément plus intéressant réside dans la comparaison des cathétérismes pratiqués avec des instruments divers. Tantôt la sonde a mesuré une cavité normale, et le dilateur ou la curette s'enfonce ultérieurement à une grande profondeur ; tantôt, à la fin d'un curettage que rien d'anormal n'a signalé, l'hystéromètre décele une profondeur excessive. Nous verrons à propos du diagnostic toute l'importance de ces constatations, et les conséquences fantaisistes qu'ont cherché à en tirer certains auteurs. Elles renseignent, en tout cas, sur le moment approximatif de la blessure.

Quand l'opérateur, effrayé, ne retire pas immédiatement l'instrument engagé, sa tendance instinctive est de rechercher, à travers la paroi abdominale, la pointe de l'hystéromètre. C'est ordinairement sans difficultés aucunes que cette extrémité mousse se laisse percevoir vers l'ombilic. La zone où elle est perceptible varie évidemment avec le siège exact de la plaie utérine (2), mais, caractère essentiel, elle n'est jamais franchement latérale. Bien entendu, il faut savoir se contenter d'une sensation obscure : Rosenfeldt (3) a perçu une fois la cupule de

(1) Rapporté par VAN RIPER. *Med. News*, 22 août 1896.

(2) 6 centimètres à gauche dans le cas d'Hildebrandt.

(3) *Centralbl. für gyn.*, 19 mars 1898.

sa curette. C'est un détail d'une précision superflue. Il va sans dire que si l'on est autorisé — prudemment — à explorer ainsi la région ombilicale, dans aucun cas on ne devra s'autoriser de l'innocuité proclamée par certains auteurs, pour réintroduire l'hystéromètre, et en renouveler la recherche *de propos délibéré*.

Une autre pratique, beaucoup plus prudente et tout aussi démonstrative, peut être recommandée : c'est de retirer l'instrument, après avoir mesuré approximativement la longueur enfoncée, et de pratiquer séance tenante le toucher vaginal en plaçant une main sur l'abdomen. Si l'on délimite ainsi un utérus peu hypertrophié ou normal, le diagnostic rationnel de perforation s'impose.

Signalons, à titre exceptionnel, qu'on a pu sentir buter la curette contre l'angle sacro-vertébral (1).

Admettons maintenant que ni au moment précis où on l'a produite, ni au cours du curettage consécutif, la perforation n'ait été reconnue : elle deviendra souvent évidente lorsqu'on pratiquera l'injection intra-utérine.

C'est malheureusement une complication des plus graves que ce passage du liquide injecté dans le péritoine : s'agit-il d'un liquide inoffensif par lui-même, ou du moins peu offensif pour la séreuse (eau bouillie, créoline)? L'irrigation n'en balayera pas moins dans la cavité utérine des produits septiques qu'elle portera jusqu'au contact de l'intestin. S'il s'agit d'une solution toxique, dont le sublimé est le type le plus usuel, aux accidents septiques viendront s'ajouter des accidents d'empoisonnement rapide. Il s'en faut que cette complication soit fatalement mortelle ; quelques exemples en montreront les formes suraiguë et atténuée. Jayle (2) rapporte l'observation d'un curettage où 600 centimètres cubes d'une solution de sublimé au 1/1000 furent ainsi versés dans l'abdomen ; au réveil, la malade est pâle, froide, couverte de sueur ; les douleurs abdominales et le ballonnement s'accusent pendant les heures suivantes ;

(1) CITTADINI. *Société belge de gyn. et d'obst.*, 27 novembre 1892.

(2) *Loc. cit.*

quelques vomissements surviennent; le poulx est filiforme; la malade perd connaissance cinq heures après, et meurt dans le collapsus algide, six heures après l'injection intra-utérine.

Voici la forme suraiguë; elle est loin, heureusement; d'être la plus fréquente; d'ordinaire, l'opérateur, s'apercevant que l'injection ne revient pas, s'impresse d'arrêter l'écoulement du liquide. Une malade de Beuttner (1) eut pendant deux jours de la diarrhée, des douleurs gingivales légères, quelques exulcérations des bords de la langue; la quantité de mercure absorbée avait dû être bien minime, puisque sa recherche dans les urines demeura négative.

Enfin, Brothers (2) signale sans y insister une légère intoxication mercurielle dans un cas où, contre toute prudence, il avait pratiqué l'injection intra-utérine, la perforation étant dûment constatée. Haven (3) rapporte une observation analogue où l'intoxication, bien que légère, prolongea de beaucoup la convalescence. Haynes (4) observa dans un cas comparable des accidents d'hydrargyrisme qui, concurremment avec une poussée pelvi-péritonitique, rendirent le rétablissement pénible.

L'existence de la perforation utérine étant établie d'une manière indéniable par les signes précédents, on a pu dans quelques cas l'affirmer d'une manière plus absolue encore, et préciser ses dimensions, sa forme, son aspect. Cette constatation, rare à la vérité, peut être réalisée soit par un toucher intra-utérin prudent, soit au cours d'opérations complémentaires dirigées contre des lésions concomitantes des annexes. Voir l'observation de Brothers (5) où les annexes furent enlevés par colpotomie, opération au cours de laquelle on sutura la plaie utérine. Voir l'observation inédite de Jayle (6) où l'intervention fut indiquée bien plus par l'existence de lésions annexielles que

(1) BEUTTNER. *Centralbl. für gyn.*, 1897, n° 42.

(2) BROTHERS. *Loc. cit.*

(3) HAVEN. *Loc. cit.*

(4) HAYNES. *Amer. Journ. of obstetrics*, 1890, p. 1193.

(5) *Amer. Journ. of obstetrics*, 1888, p. 446.

(6) Obs. LVII.

par la perforation probable. Enfin, il faut mettre à part le cas très curieux publié par Obrecht (1) ; voulant pratiquer une hystéropexie pour rétroflexion mobile, ce chirurgien eut l'idée, afin de faciliter l'élévation de l'utérus, d'y introduire une sonde rigide. A l'ouverture du ventre, il constate avec étonnement que la sonde, sans avoir vaincu aucune résistance, a perforé l'utérus, et émerge de 5 millimètres dans la cavité abdominale.

De tels cas sont exceptionnels.

Que la perforation ait été reconnue d'une manière immédiate ou tardive ; qu'elle ait passé complètement inaperçue, comme cela a été signalé, nous pourrions observer pendant les heures et les jours suivants toute une nouvelle série de symptômes, en rapport avec la réaction péritonéale.

Nous pouvons classer dans une première catégorie les cas, heureusement rares, où l'on a vu se dérouler le tableau de la grande infection. C'est principalement l'utérus profondément infecté des puerpérales qui expose à de telles catastrophes ; les perforations par manœuvres abortives, souvent pratiquées sans précautions antiseptiques, fournissent aussi un pourcentage considérable dans les cas mortels. Dans l'un et l'autre cas, en dehors de l'infection, cause première, l'état puerpéral intervient pour maintenir béant l'orifice qu'en temps ordinaire aveuglerait la contraction (Dumont). Voici quelques chiffres. Sur 28 cas de mort par péritonite généralisée à la suite de perforation utérine, dix se rapportent à des avortements provoqués ; quatre à des énucléations laborieuses de fibromes interstitiels (la plupart antérieurs à la période antiseptique) ; trois à des curettages pour rétention placentaire ; enfin trois seulement à des curettages pratiqués en dehors de la puerpéralité. Sur ces trois cas, il s'agit deux fois de cancer et une fois d'endométrite catarrhale. Ce cas, publié par Lannelongue de Bordeaux (2), est le seul à notre connaissance où la mort succéda à la perforation d'un utérus simplement métritique.

(1) OBRECHT. *Centr. für gyn.*, n° 49, p. 1442.

(2) Cité par DUMONT. *Arch. de toc.*, 1895.

Enfin, dans deux cas où la mort survint au cours de l'irrigation continue, le départ est difficile à faire entre l'infection mercurielle et la péritonite.

C'est au milieu des symptômes classiques de la péritonite suraiguë que ces malades succombent ; en général, c'est plutôt la forme algide que l'on observe. L'origine et la nature des accidents ne peuvent faire aucun doute, s'il s'agit d'une perforation chirurgicale : il en est autrement dans les perforations par manœuvres abortives ; l'aveu des manœuvres criminelles et les signes de péritonite ne suffisent pas pour affirmer la lésion traumatique, car on a vu dans des cas analogues des péritonites mortelles sans perforation ; d'ailleurs, lorsque ces malades se décident à réclamer l'intervention du médecin, c'est en général à une période désespérée : en présence de la péritonite fatalement mortelle, le diagnostic exact de la perforation importe peu.

Chez une seconde catégorie de malades, assez importante, les choses suivent une évolution beaucoup plus bénigne : il y a bien toujours du côté de la grande séreuse des menaces ou même des signes atténués d'infection : péritonite ou péritonisme. Mais ces symptômes (douleur vive ou modérée, ballonnement, fièvre légère), apparus dès le réveil de la malade, s'atténuent et disparaissent après une durée de quelques jours. En voici quelques exemples : utérus perforé par une sonde en gomme demi-rigide au cours du cathétérisme ; menaces de péritonite qui durent 15 jours (1) ; — curettage pour endométrite ; perforation de la corne droite par la curette ; pendant quelques jours, sensibilité localisée dans le flanc droit (2).

Il est une troisième évolution, très rare, de la perforation utérine : c'est la production dans la séreuse pelvienne d'une inflammation localisée, d'une pelvi-péritonite. Après quelques jours de douleurs diffuses, qui peuvent même manquer, cette pelvi-péritonite s'enkyste ; l'examen direct décèle dans un point,

(1) CHALOUX. *Société de méd. de Rouen*, 9 juillet 1894.

(2) HICKMAN. *Med. News*, 2 mars 1895.

généralement le cul-de-sac postérieur, une tuméfaction plus ou moins localisée. Cette tuméfaction peut disparaître et se résorber en quelques jours ; elle peut au contraire aboutir à la suppuration, et, dès lors, ne différer en rien des autres suppurations pelviennes. Elle est comme celles-ci justiciable de la colpotomie postérieure.

L'histoire de cette évolution, des plus rares, n'est encore basée que sur un très petit nombre d'observations. On en trouvera le type le plus net dans celle qui nous est personnelle. Le soir même de la perforation, température $38^{\circ},4$, avec pouls à 108 et douleurs abdominales généralisées ; les signes inquiétants du côté de la grande séreuse ne durent pas plus de deux jours : tout vomissement cesse dès le lendemain ; mais température et pouls restent élevés. Douze jours après, une tumeur rétro-utérine est constituée ; et quatre jours après, on l'incise : une petite quantité de pus s'écoule. Ce n'est pas tout : il faudra encore, vingt-cinq jours après, inciser, cette fois par colpotomie antérieure, une grosse poche purulente placée en avant et à droite.

Cette pelvi-péritonite à deux foyers successifs nous présente bien le type de la localisation : à noter encore une particularité curieuse : très probablement la première collection pelvienne est restée au moins quelque temps en communication directe avec l'utérus. Du pus franc, de tout point analogue à celui qu'évacua la colpotomie, souillait en effet les mèches intra-utérines et s'écoulait derrière elles en quantité considérable à chaque pansement.

La rareté de cette évolution confirme la remarque incidemment faite à propos des fistules métro-péritonéales ; à savoir la rareté des réactions séreuses localisées autour d'une perforation de l'utérus. Ce que l'on observe, c'est ou bien la grande infection péritonéale, ou bien une tolérance absolue.

En suivant toujours l'ordre de gravité décroissante, nous arrivons enfin à la dernière évolution clinique de perforation utérine, si l'on peut appeler évolution clinique précisément l'absence de tout symptôme ; cette bénignité est la règle après

les plaies par cathétérisme, par curettage au cours des endométrites simples; souvent la malade a pu marcher, rentrer chez elle sans éprouver de trouble d'aucune nature; en général, après un repos au lit imposé plutôt par la prudence que par les symptômes, la malade guérit sans même soupçonner la perforation: la complication, dûment constatée, n'a pas retardé d'un jour la convalescence.

On ne saurait terminer ce chapitre sans un mot très court sur la symptomatologie des perforations spontanées: dans les cas très rares vérifiés par l'autopsie, une douleur aiguë, brusque, déchirante a marqué le moment précis de l'accident. Une malade de Latour avait perçu également d'une façon nette l'irruption dans le ventre du contenu d'une hématométrie. Ce sont là des cas trop exceptionnels et pour la plupart trop anciens pour qu'on puisse mieux faire que d'esquisser très brièvement leur tableau clinique.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC DES PERFORATIONS UTÉRINES

Le diagnostic des perforations utérines est en général d'une simplicité et d'une évidence absolues : il a été obscurci, de très bonne foi, par la faute de certains opérateurs. A une époque où l'évolution clinique de ces perforations était mal connue, où la notion de leur bénignité, en particulier, était loin d'être courante, plusieurs chirurgiens n'ont pu se résoudre à croire qu'ils avaient perforé l'utérus. Plusieurs d'entre eux se sont ingéniés, devant le fait brutal de l'enfoncement des curettes, à donner des explications plausibles de ce symptôme. Les uns ont bâti sur des suppositions hasardeuses la plus fantaisiste des théories (O. Beuttner); d'autres ont exagéré la fréquence de faits indéniables, mais exceptionnels : tel le cathétérisme de la trompe. Il en est résulté une certaine obscurité dans cette question fort simple. D'où la nécessité pour nous d'étudier en détail ces diverses théories, afin de leur restituer, si possible, la place qui leur convient.

En présence de l'enfoncement anormal d'une curette ou d'un hystéromètre, une première question se pose : l'instrument est-il encore ou n'est-il plus dans l'utérus ? Pour admettre la première supposition, il faudrait : ou bien que la cavité utérine présentât une élongation anormale ; ou bien que la paroi utérine se laissât anormalement déprimer.

Dans le premier cas, on peut remarquer que les utérus de 13 à 18 centimètres sont rares, et ne se présentent guère que

dans trois conditions : utérus fibromateux, utérus gravidés, utérus puerpéraux.

Il ne saurait être question des premiers ; l'examen bimanuel préalable dénote la présence d'une tumeur solide, et l'élongation de la cavité est si peu une surprise, que le cathétérisme a précisément pour but de la rechercher.

Il paraît difficile, au premier abord, de croire à la grossesse dans un cas de perforation de l'utérus. L'erreur a été commise, cependant, et dans des circonstances qui méritent d'être rapportées, car elles sont instructives, bien qu'exceptionnelles.

Il s'agit d'un cas rapporté par Van Riper, et auquel nous avons déjà fait allusion (1). Une femme de 30 ans, multipare, ayant eu un an avant son dernier enfant, est curettée pour métrorrhagie. Le cathétérisme préliminaire donne une longueur de 18 centimètres ; l'opérateur, perdant la tête, commet alors la faute impardonnable de chercher à enlever le prétendu fœtus. Sans même s'assurer par un nouveau toucher des dimensions de l'utérus, il fait la dilatation, introduit une pince, et amène, ce qu'il devait amener, une anse intestinale.

Il devrait suffire de signaler ce fait pour mettre à jamais en garde tout opérateur contre une erreur de ce genre. Elle ne peut s'expliquer que par l'affolement d'un chirurgien très inexpérimenté.

Il aurait suffi, dans ce cas, de pratiquer un examen sérieux de la malade, et de le renouveler après le cathétérisme, avec cette circonstance favorable que la patiente était anesthésiée. En tout état de cause, l'erreur commise eût eu peu de conséquences si le médecin s'était sagement abstenu de toute manœuvre violente, se bornant à attendre les événements pour y parer.

Bien autrement délicat sera le diagnostic de la perforation utérine chez une femme récemment accouchée. Il y aura là

(1) VAN RIPER. *Medical News*, 22 août 1896.

pour beaucoup d'opérateurs une tendance invincible à chercher à se tranquilliser eux-mêmes, en invoquant les dimensions normales des utérus *post partum*. Dans une observation personnelle (grossesse gémellaire), où le cathétérisme donnait une différence évidente entre les deux cornes utérines, on chercha quelque temps à expliquer cette différence par la position des deux fœtus. Une des têtes aurait déprimé à droite la paroi utérine, et bosselé l'organe : il s'agissait tout simplement d'une perforation de l'utérus.

Dans ces utérus puerpéraux, un second élément vient se surajouter à l'*élongation* utérine, c'est la *dépressibilité* : que celle-ci puisse exister dans une certaine mesure, on ne peut le nier : mais de là à admettre qu'elle puisse s'exercer dans des limites suffisantes pour simuler la perforation, il y a très loin.

Doléris, en France, formula et soutint la théorie de ces fausses perforations utérines : cette explication semble au moins douteuse à Pozzi (1). En Allemagne, Oscar Beuttner (2) publia, en 1897, deux cas de fausse perforation utérine, à propos desquels il énonça la théorie de la *dépressibilité*.

Par un curieux phénomène, le travail de Beuttner constitue l'objection la plus sérieuse contre la théorie de son auteur : il saute aux yeux du gynécologue le plus novice que les observations citées sont ni plus ni moins de banales perforations : ce fait n'a pas échappé aux compatriotes de l'auteur, qui n'ont pas laissé passer sa théorie sans critiques : la plus judicieusement sensée est celle d'Obrecht de Berlin (3).

Entrons un peu dans le détail : l'auteur, pratiquant chez deux malades la réduction d'une rétroflexion, complétée par le curettage, observa un phénomène identique : dans le premier cas, l'hystéromètre montre une cavité de 7 centimètres : le dilateur, sans violence, entre à 13 ou 14 ; dans le deuxième, au contraire, le dilateur donne 8 centimètres, la sonde entre à 20.

(1) POZZI. *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, p. 235.

(2) O. BEUTTNER. *Centralbl. für gyn.*, 1897, n° 42, p. 1271.

(3) OBRECHT. *Centralbl. für gyn.*, 1897, n° 49, p. 1442.

Ce qui est inconcevable, c'est que l'auteur, ayant soigneusement exploré l'utérus par la palpation bimanuelle, l'ayant trouvé dans le premier cas « d'une longueur normale », dans le second « petit et antéfléchi », n'a pas été frappé par l'évidence de la perforation. Ce qui est encore plus extraordinaire, c'est la conséquence qu'il tire du second cas : ayant renouvelé quatre fois la manœuvre, et passé quatre fois la sonde à 20 centimètres, tandis que le dilataleur (genre Hegar) est constamment arrêté à 8, il conclut ainsi : « l'utérus se relâche sur l'instrument mince et se contracte sur le gros ».

Si l'on veut bien réfléchir que la première observation se rapporte à un curettage pratiqué 3 mois après l'avortement ; que la seconde ne présente aucun rapport avec l'état puerpéral, on ne peut qu'envier l'optimisme heureux d'un chirurgien qui ne peut consentir à avoir perforé un utérus. Cette objection est celle d'Obrecht et celle de tout praticien de bon sens : certes, ces alternatives de contraction et de relâchement sont à la rigueur possibles *immédiatement après l'accouchement*, sur un utérus *gros et flasque*. Dans les conditions citées par Beuttnier, elles ne méritent même pas d'être discutées.

L'erreur contraire, celle qui consiste à croire à la perforation quand on est dans la cavité utérine, a été plus rarement commise : quelques cas méritent cependant d'être signalés : leur intérêt, c'est d'avoir, dans certains cas, poussé le chirurgien à une intervention radicale sans objet réel, et par cela même condamnable.

La thèse de Lenoir (1) contient plusieurs de ces observations ; dans un cas, l'hystérométrie préliminaire à une hystérectomie vaginale donna 13 centimètres, au lieu de 7 comme les jours précédents : sur l'organe enlevé immédiatement, on put d'une façon très nette reconnaître d'une part l'absence de toute perforation, d'autre part l'exactitude rigoureuse du dernier cathétérisme. Dans l'autre, citée d'après Hegar, une péritonite suivit à brève échéance l'énucléation d'un fibrome par voie vaginale :

(1) LENOIR, p. 30-31.

on n'hésita pas à l'attribuer à une déchirure utérine, jusqu'au jour où l'autopsie démontra l'intégrité de l'organe.

Le même auteur rapporte un cas, plus exceptionnel (Obs. XXIII de Lenoir), où une lèvre du col utérin, hypertrophiée et œdémateuse, fut prise au cours du travail pour une anse intestinale procidente.

Nous trouvons dans la thèse récente de notre collègue Gheorghiu (1) une observation plus intéressante encore, parce qu'elle est moins exceptionnelle : il s'agit d'un curettage pour infection puerpérale avec rétention placentaire, curettage au cours duquel le chirurgien sent la curette s'enfoncer très profondément. Le lendemain des signes non douteux de réaction péritonéale semblent justifier le diagnostic : comme ultime ressource, l'hystérectomie vaginale est pratiquée par notre collègue Beaussenat : l'utérus examiné ne présentait pas trace de perforation. La malade guérit. Il faut peut-être bénir cette erreur de diagnostic, qui poussa à pratiquer l'intervention radicale, à une époque (1896) où l'hystérectomie n'avait pas encore été proposée contre l'infection puerpérale.

De ce que la paroi utérine n'est point perforée, faut-il conclure d'une façon absolue que la sonde ou la curette se trouve réellement dans la cavité de l'utérus ? De nombreux auteurs, se refusant à admettre la fréquence des perforations innocentes, ont bâti sur une base vraie, mais avec d'évidentes exagérations de fréquence, la théorie du cathétérisme tubaire.

On sait que l'orifice utérin de la trompe, à l'état normal, n'admet guère qu'une soie de sanglier : mais n'existe-t-il pas sur ce point des anomalies congénitales ? D'autre part, les affections utérines ou tubaires ne peuvent-elles pas jusqu'à un certain point élargir ou rendre au moins dilatable cet étroit orifice ?

Il semble bien que l'une comme l'autre des suppositions puisse être exceptionnellement justifiée : de cette disposition

(1) GHEORGHIU. Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale. Thèse, Paris, 1900, p. 43.

exceptionnelle, certains auteurs ont voulu faire une règle : poussant plus loin, ils ont érigé le cathétérisme tubaire en méthode thérapeutique ; en ont décrit avec soin le manuel opératoire (1).

Les observations citées à l'appui de leurs théories se divisent en deux grandes classes : les premières, qui sont aussi les plus nombreuses, ressemblent d'une façon suspecte à des perforations utérines ; les auteurs notent des détails de technique, protestent de leurs précautions, invoquent la répétition du fait sur les mêmes malades : ils déduisent, en somme, le cathétérisme tubaire, par des arguments purement théorique. Nous trouvons un tout autre intérêt aux quelques cas où le cathétérisme tubaire a été démontré possible à l'autopsie : enfin nous mettons hors de pair l'observation unique où elle a été vue, réalisée et répétée pendant la vie, au cours d'une laparotomie consécutive (2).

Sur dix observations détaillées présentées par leurs auteurs comme cathétérismes tubaires, celle que nous venons de citer est la seule où le cathétérisme ait été vu pendant la vie. Il a été pratiqué à l'autopsie dans un cas, celui de Bischoff (3). Il a été démontré *possible*, grâce à la torsion de l'utérus, par Knowsley Thornton ; trois fois (2 cas de Cittadini (4), un cas de Will) (5), on a pu l'expliquer d'une façon vraisemblable par une grossesse tubaire (utéro-interstitielle), la curette retirant d'abondants débris placentaires de la corne utérine où elle s'enfonce anormalement. Dans les quatre autres cas (Will, Jahreiss) (6), les auteurs signalent seulement l'absence de résistance, la direction latérale de l'instrument : toutes raisons notoirement insuffisantes.

(1) O. B. WILL. Catheterisation of the Fallopian tubes. *Medical News*, 26 août 1893.

(2) FLOECKINGER. Ein positiver Fall von Sondirung der Fallopischen Tuben, *Centralbl. für gyn.*, 12 février 1898.

(3) BISCHOFF. Introd. de la sonde dans une trompe. *Correspondanzblatt für Schweizer Aerzte*, 1871, n° 19.

(4) KNOWSLEY THORNTON. Cité in *Thèse*, LENOIR, p. 33.

(5) CITTADINI, *Société belge de gyn. et d'obst.*, 27 novembre 1892.

(6) WILL. *Loc. cit.* JAHREISS. Erschlaffung des Uteruswand bei curettement oder durchgängigkeit der Tube. *Centralbl. für gyn.*, 1898.

Pour nous résumer, nous pouvons énumérer ainsi les conditions exceptionnelles pouvant permettre de réaliser le cathétérisme de la trompe :

1° La grossesse uléro-interstitielle ; l'ovule s'étant fixé près de l'orifice de la trompe, pour peu que la délivrance incomplète laisse persister au niveau de l'ostium encore dilaté, quelques débris placentaires, la rétraction de cet orifice n'aura pas lieu, et on y pénétrera fatalement en faisant le curettage ;

2° L'hématométrie, la dilatation de l'utérus avec sténose du col, ayant produit secondairement une rétro-dilatation tubaire.

3° Une latéroversion du côté opposé (par exemple à droite), mettant la trompe gauche dans l'axe de la cavité utérine. Ou encore une torsion infligée à l'utérus par une tumeur fibreuse, et aboutissant au même résultat.

Ces raisons, notons-le de suite, sont loin d'avoir la même valeur que la première : en admettant que l'ostium se place bien réellement dans l'axe de la cavité utérine, il resterait encore à expliquer sa dilatation, fait exceptionnel.

Dans l'observation si curieuse de Floeckinger, c'est dans la trompe gauche, redressée, que pénétrait la sonde ; le fond de l'utérus était à gauche ; le col à droite ; d'ailleurs, une fois le ventre ouvert, l'auteur cathétérisa aussi aisément la trompe droite.

Quelques détails complémentaires sur les conditions de cette manœuvre ont été judicieusement élucidés par plusieurs auteurs américains, Eliot, Carr, etc. (1). Une des premières précautions, c'est la proscription absolue des sondes minces, et par conséquent la nécessité d'opérer sur des trompes naturellement dilatées. Or, cette condition est rare ; la blennorrhagie, dit Carr, ne dilate pas plus la trompe que l'urètre, et les collections qui peuvent s'y former sont séparées par des étranglements rétrécis. Il faut également que l'utérus se laisse dilater suffisamment pour donner passage à un instrument coudé, faisant un angle équivalent à celui que forment normalement

(1) *Washington obst. et gyn. Society*, 15 décembre 1893, in *Amer. Journ. of obstetrics*, octobre 1894.

l'utérus et la trompe. Enfin, cette dernière ne doit être ni tordue, ni immobilisée par les adhérences.

Laissant de côté la question du cathétérisme thérapeutique des trompes, qui ne semble pas destiné à entrer de sitôt dans la pratique, malgré les espérances de Floeckinger, nous nous bornerons à indiquer les quelques signes, bien obscurs, qui permettront de le faire soupçonner dans les quelques cas rares où on les réalisera.

Au cours d'un cathétérisme prudent, l'instrument s'échappe suivant une direction franchement latérale ; sa mobilité est limitée, et surtout il est impossible de le ramener sans douleur et sans effort à la ligne médiane (1) : le bouton de l'instrument n'est pas perçu par la palpation bimanuelle avec cette netteté qu'on observe dans la perforation. Ce ne sont là, on le voit, que des questions de degré ; encore observerait-on quelque chose d'analogue, si la sonde, perforant le bord de l'utérus, avait filé entre les feuillets du ligament large.

Enfin, un dernier signe, assez rationnel a priori, est donné par Floeckinger. Dans le cas de perforation utérine, le bouton de la sonde produirait, quand on la retire, un ressaut caractéristique qui manquerait dans le cathétérisme tubaire. L'auteur a reproduit, avec succès cette expérience sur le cadavre.

Nous ne pouvons nous dispenser de signaler, pour être complet, la possibilité de rencontrer un utérus bicorne, ou même entièrement cloisonné : on conçoit qu'un utérus ainsi divisé en deux moitiés séparées et souvent asymétriques puisse donner l'illusion d'une perforation, par la différence de profondeur constatée dans ses deux loges. Lenoir en a rapporté un cas. Mais il s'agit encore là, répétons-le, d'une malformation fort rare ; et il vaudrait mieux, à tout prendre, l'ignorer que d'en exagérer la fréquence.

L'instrument étant bel et bien dans la cavité péritonéale, la perforation étant évidente, une dernière question reste, qui

(1) BIEDERT. Sur le cathétérisme des trompes de Fallope et sur les causes de la dilatation des trompes. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1877, 41-44.

peut se poser : l'opérateur a-t-il produit cette perforation à l'instant même, ou a-t-il, par hasard, engagé sa curette dans une fistule métro-péritonéale ?

Nous avons étudié, à propos de l'anatomie pathologique, la fréquence et les caractères de ces fistules. Il y a peu à ajouter relativement à leur diagnostic : il faut bien le dire : d'une rareté exceptionnelle, elles ne seront reconnues que par hasard, et ne pourront jamais cliniquement être affirmées.

Deux éléments, en effet, sont donnés par les auteurs pour distinguer ces fistules anciennes : la facilité excessive de la pénétration et la répétition de celle-ci, dans des conditions analogues, après des semaines et des mois.

À la rigueur, on peut regarder cette répétition du phénomène comme un signe de probabilité ; mais on ne saurait accorder aucune espèce de valeur à la notion « absence de résistance » : cette conclusion doit résulter de tout ce que nous avons vu, aussi bien pour la perforation que pour le cathétérisme tubaire. Rien n'est plus éloquent qu'une observation de Glaeser (1), opposée précisément par son auteur aux prétendus sondeurs de trompes. La sonde, *tenue entre le pouce et l'index*, entre jusqu'au manche sans aucune résistance : influencé par les idées récentes sur la perméabilité des trompes, l'opérateur recommence, avec des précautions plus grandes encore. Et, comme l'utérus saigne, il fait l'hystérectomie vaginale. Il trouve alors, près de la trompe gauche, quatre perforations, et à leur niveau l'utérus tellement friable qu'il s'effondre sur la simple pression du doigt ; sa consistance n'était pas cireuse, mais, suivant l'expression frappante de l'auteur « neigeuse ». Si l'on veut bien réfléchir que le col était d'une résistance normale, on sera, je l'espère, convaincu de cette vérité que l'absence de *toute violence*, de *toute résistance* et de *tout obstacle* à l'instrument profondément introduit, ne doit constituer aucune espèce de présomption contre la perforation utérine.

(1) GLAESER, Zur Uterusperforation und Tubensondirung. *Centralbl. für gyn.* 12 février 1898.

Ce n'est pas tout : en dehors du diagnostic *clinique* qui intéresse le chirurgien, le médecin légiste peut être appelé à faire le diagnostic *anatomique* de la perforation.

C'est avec la rupture spontanée que ce diagnostic se posera : déjà, à propos de l'anatomie pathologique, nous avons esquissé les différences essentielles qui distinguent ces deux lésions : nous les rappellerons d'après Tardieu :

L'âge de la grossesse, d'abord : les ruptures spontanées ne s'observent guère que pendant le travail, sur des utérus à terme ou voisins du terme : les perforations traumatiques abortives s'observent de préférence à une époque peu avancée de la grossesse.

Le siège de la perforation : les ruptures spontanées se présentent avec une fréquence remarquable le long des bords de l'organe ou sur le segment inférieur. — Les perforations traumatiques peuvent affecter tous les sièges. Toutefois elles intéressent plus fréquemment le fond de l'utérus ou les faces, au voisinage de celui-ci.

L'état des bords de la plaie : déchiquetée, irrégulière dans la perforation spontanée, elle est toujours plus régulière dans la perforation traumatique.

L'état du tissu utérin : aminci et altéré fréquemment dans les ruptures spontanées, il est normal dans le cas de lésions traumatiques : lorsque ces dernières plaies ont eu le temps de s'infecter, les bords peuvent être noirâtres et infiltrés de pus. — Ils contrastent alors d'une manière frappante avec le reste du tissu utérin.

On le voit, aucun de ces signes ne présente une valeur absolue, pathognomonique : toutefois, leur réunion a toujours permis, dans les cas publiés, d'éliminer l'hypothèse invoquée par la défense.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DES PLAIES PERFORANTES DE L'UTÉRUS PRODUITES DE DEDANS EN DEHORS

On a pu pressentir déjà, en étudiant les perforations utérines, combien leur diversité se prête peu à un traitement unique. Même en distrayant, comme nous l'avons fait, les plaies produites de dehors en dedans, on se trouve néanmoins en présence de catégories de faits disparates, d'une gravité très inégale, et commandant au point de vue thérapeutique une série d'indications, qui vont de l'abstention simple aux interventions les plus compliquées.

Nous avons indiqué, chemin faisant, les facteurs de gravité ou de bénignité de ces plaies : nous n'y reviendrons donc pas ; pour aller du simple au complexe, nous étudierons d'abord le traitement qui convient au cas le plus fréquent : plaie par curette ou hystéromètre dans un utérus sain ou simplement métritique.

Avant d'aller plus loin, avant même de nous occuper du traitement de ces plaies, il convient de dire un mot de la façon de les prévenir. A l'époque, encore rapprochée de nous, qui fut l'âge d'or du curettage, l'innocuité trop connue de cette petite opération enhardit bien des praticiens peu expérimentés ; les mécomptes éprouvés par eux et les accidents qu'ils observèrent furent pour beaucoup dans le discrédit qui frappa, par réaction, l'opération même du curettage.

A l'heure actuelle, où les indications de celui-ci se sont singulièrement restreintes, il y aurait intérêt à ce que sa technique

fût plus sévèrement précisée. Sans vouloir édicter des règles absolues et définitives, il nous est permis de résumer brièvement en quelques lignes les conseils qui résultent de l'expérience à peu près unanime des gynécologues.

Point de curettage sans anesthésie; point de curettage sans dilatation; quant au dilateur, les avis diffèrent encore : il nous semble que les bougies de Hegar ou même un dilateur mécanique à 2 branches et à écartement parallèle, prudemment maniés, sont pratiquement les meilleurs. Les laminaires, qui sont douloureuses, ne sont pas si parfaitement inoffensives ; nous en avons rapporté de nombreux exemples.

Dans le cas où l'on voudra, pour pratiquer un curage digital chez une puerpérale, obtenir une dilatation extrême, on pourra sans doute avoir recours à la série des dilateurs d'Auvard ou à la série supérieure des bougies de Hegar. On a vu des accidents et nous en relatons une observation inédite : pourquoi ne pas avoir recours à cette petite manœuvre très simple et parfaitement inoffensive : introduire un petit ballon dans l'utérus, le gonfler et en attendre l'expulsion spontanée ? Les quelques heures perdues ne sont-elles pas compensées, et au delà, par la sécurité qui est ici absolue ?

Pour curetter (et bien entendu il n'est question ici que de l'utérus métritique), les meilleures curettes sont celles de Sims ou de Récamier : ces dernières, avec leur forme en gouttière rigide, donnent pourtant moins de sécurité que les curettes de Sims, étroites, mais bien arrondies ou carrées ; il ne faut pas craindre de les choisir tranchantes ; une curette qui coupe bien dispense d'appuyer avec violence. Batuaud (1) a fait cette remarque très juste : quand la curette ne mord pas, ce n'est pas qu'elle soit trop faiblement appliquée, c'est qu'elle est mal dirigée. Du reste, la manœuvre dangereuse n'est pas le raclage de la muqueuse : c'est en introduisant la curette qu'on risque de perforer l'organe.

Par surcroît de précaution, on a même vu des opérateurs

(1) BATUAUD, *Revue médico-chir. des mal. des femmes*, 25 décembre 1894.

faire maintenir et abaisser le fond de l'utérus par un aide; certains ont proposé de maintenir eux-mêmes l'organe avec la main gauche: la sensation de l'instrument, nettement perçue à travers les parois abdominale et utérine, serait un élément précieux pour éviter la perforation, ou pour la reconnaître, au pis aller, à l'instant même où elle serait produite (1).

S'agit-il d'un utérus puerpéral infecté? La dilatation ici peut n'être pas nécessaire si le col est perméable; sinon, il ne faut pas hésiter à la compléter; mais avec les précautions les plus grandes, et en se souvenant de l'extrême friabilité des tissus.

Il faut, ici, mettre absolument de côté les curettes de Sims: ce curettage est si différent du curettage normal que le seul emploi du même nom peut créer des confusions dangereuses. Introduire une curette dans un utérus puerpéral avec l'expérience exclusive des utérus métriques, c'est courir à la perforation certaine.

Dans le curettage normal, la curette est tout; du moment que la cavité utérine a été grattée dans toute son étendue et avec une vigueur suffisante, l'opération est bonne. Rien de tel dans les rétentions placentaires. Il faut lire dans la thèse récente de Gheorghiu le minutieux exposé des manœuvres indispensables: toucher intra-utérin; évacuation digitale aussi complète que possible; en tout cas reconnaissance directe avec le doigt du siège exact de la rétention. La curette intervient alors, pour détacher ce que ni les doigts ni l'irrigation n'ont chassé; la promener indifféremment et à l'aveugle dans tout l'utérus serait un contre-sens. Elle doit être grosse et mousse, faire une large prise et la faire relativement superficielle, quitte à la renouveler plusieurs fois. Il est dangereux de s'acharner à obtenir dans ces cas le cri utérin, critérium habituel d'un bon curettage. Si l'on craint d'avoir fait trop peu, il vaut mieux remettre un doigt dans l'utérus et l'explorer.

Dans tous les cas, l'introduction de la sonde intra-utérine,

(1) *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 18 novembre 1897. BAILLY. — CHARPENTIER.

quelle qu'elle soit, doit être minutieuse et prudente; ne rien forcer, n'appuyer sur rien: on comprend ici l'utilité de la dilatation. *Une injection intra-utérine sans dilatation est une imprudence impardonnable.*

Admettons maintenant que, malgré ces précautions, l'accident ait lieu; la perforation utérine est produite.

Reprenons l'hypothèse de l'utérus simplement métritique.

Premier cas: la perforation s'est faite tout au début; elle est due à l'hystéromètre, au dilatateur.

Il s'est trouvé de nombreux chirurgiens qui, en présence d'une perforation constatée, ont passé outre et continué leur curettage; la direction connue de la plaie leur imposait seulement quelques précautions de technique: l'expérience leur a donné raison, puisque dans ces cas on ne connaît pas d'accident grave.

Hickman (1) déclare que la perforation utérine ne lui fera pas faire un curettage de moins, ni surtout un curettage moins complet; il tâchera seulement de redoubler d'asepsie: bien plus, il a complété dans un cas l'opération par une amputation du col, et tout s'est passé normalement.

Potherat, cité par Lenoir, a agi de même avec un excellent résultat.

Remarquons pourtant que poursuivre l'opération dans ces cas, c'est se priver sciemment d'un des temps importants du curettage: l'irrigation. Je sais bien que certains chirurgiens n'ont pas hésité à faire l'injection intra-utérine, sachant l'utérus perforé: ils se fiaient aux petites dimensions de la plaie. Je ne crois pas que beaucoup de gynécologues se hasardent à faire dans ces conditions une irrigation de sublimé au 2/1000 comme Roberts (2) ou même au 10/1000 comme Beuttner (3); même avec un liquide non toxique, même avec de l'eau bouillie simple, le danger persiste, de refouler dans le péritoine des produits septiques venant de l'utérus.

(1) HICKMAN. *Med. News*, 2 mars 1895.

(2) ROBERTS. *Lancet*, 19 décembre 1896.

(3) BROTHERS. *Amer. Journ. of obstetrics*, 1888, p. 446.

On pourra donc, et ce sera la conduite prudente, interrompre l'opération, et, en s'abstenant de toute irrigation liquide, tamponner soigneusement et hermétiquement l'utérus. On maintient ainsi à l'organe le bénéfice de la dilatation, et l'expérience a prouvé que le curettage pouvait être pratiqué après un délai très court dans des conditions absolument normales. On peut même, par surcroît de prudence, placer sur l'abdomen de la malade une vessie de glace, administrer l'opium, et prescrire l'immobilité absolue. Nous voyons néanmoins plusieurs chirurgiens montrer plus de confiance, et renvoyer chez elles, à pied, des malades atteintes de perforation non douteuse (1). Cette conduite n'est ni à approuver, ni surtout à recommander.

Lorsque la perforation ne se produit qu'au milieu ou à la fin de l'opération, on est autorisé à terminer celle-ci, toujours en s'abstenant d'injections intra-utérines ; on a dit que les perforations étaient moins graves à ce moment, l'utérus étant partiellement « *nettoyé* » : il est plus juste de dire que les derniers coups de curette, donnés prudemment, n'ajoutent rien au danger.

Enfin, si la perforation se produit, comme on en a vu quelques cas, au moment de l'injection intra-utérine, la première indication, formelle, absolue, c'est de retirer la canule. L'opérateur jugera alors d'après la quantité minime ou considérable de liquide injecté ; d'après la nature de ce liquide, s'il peut encore tenter l'expectation, ou s'il doit intervenir d'une manière urgente.

Verchère (2) a très raisonnablement proposé d'ajouter au tamponnement l'injection hypodermique d'ergotine ; en faisant contracter l'utérus, on prévient l'hémorragie possible, en même temps qu'on pourra espérer réduire les dimensions de la plaie. Bien que cette conduite n'ait été signalée par aucun autre auteur, elle est fort recommandable. La présence dans le

(1) RABE RUCKHARDT et LEHMUS. *Beiträge zur Geburtsh.* Berlin, t. II, p. 49.

(2) VERCHÈRE. *Rev. médico-chir. des mal. des femmes*, 1894, p. 539.

col d'une mèche épaisse suffit à rassurer ceux qui appréhenderaient une occlusion prématurée de celui-ci.

Ce n'est pas tout : lorsque la perforation est traitée, ce serait une grave erreur de croire tout terminé : l'affection causale, qui avait amené à pratiquer le curettage, persiste avec des indications identiques.

Alberti, dans un cas, au cours même de la laparotomie, voit passer par la déchirure quelques débris placentaires : séance tenante, le curettage est complété, le ventre étant ouvert, et sous le contrôle de la main placée sur le fond de l'utérus : ce qui n'empêcha pas, d'ailleurs, de pratiquer ultérieurement deux nouveaux curettages, l'un quatre semaines après, l'autre six semaines plus tard.

La notion d'une perforation utérine dûment constatée et convenablement traitée ne doit donc nullement constituer une contre-indication au curettage ultérieur. Trois ou quatre semaines au maximum représentent le délai prudent qu'il faudra observer : on pourrait le réduire encore si des hémorragies abondantes mettaient en danger la vie de la malade.

Malgré l'émotion insurmontable que produit toujours la perforation inattendue, rares sont les chirurgiens qui, ayant perforé un utérus métritique, ont cru nécessaire d'intervenir d'une façon plus radicale. Ceux qui ont suivi cette conduite ont bien soin de nous dire qu'ils y ont été déterminés par des raisons indépendantes de la perforation : coexistence d'affections annexielles (Jayle (1), Cerné (2)), ou de fibromes utérins. Tantôt le curettage ou le cathétérisme n'était que préliminaire à l'opération radicale : on ne fait que continuer l'intervention décidée ; tantôt la laparotomie, ultérieurement indiquée, est pratiquée séance tenante, dans le but de traiter en même temps la perforation utérine.

La grande indication, l'indication courante de l'intervention radicale, quelle qu'elle soit, c'est la septicité avérée de l'utérus.

(1) JAYLE. Obs. inédite, n° LVII.

(2) CERNÉ. *Normandie médicale*, 4^{re} août 1894.

La perforation d'un utérus cancéreux ou plus encore d'un utérus puerpéral; le même accident survenu dans le cas de métrite franchement purulente, sont des indications autrement impérieuses que les dimensions même de l'orifice. Evidemment celles-ci ont une importance; il faut craindre la communication large d'un utérus même peu infecté avec la séreuse. Mais tout doit être dominé par la notion de la septicité utérine.

Peut-être pourrait-on ajouter quelques indications de l'opération radicale: la certitude d'avoir injecté dans le ventre un antiseptique violent ou toxique peut être une raison à la laparotomie immédiate; à plus forte raison la procidence d'un organe quel qu'il soit, intestin ou épiploon, même sans étranglement. Dans de tels cas, sur 9 malades opérées, on en a sauvé 5; trois succombèrent avant que l'on pût intervenir. Il n'est pas sans intérêt d'entrer dans le détail des interventions pratiquées. L'hystérectomie vaginale, après réduction de l'intestin, fut faite une fois; la malade a succombé (Veit); l'hystérectomie abdominale, combinée à la résection intestinale, fut pratiquée 3 fois avec deux guérisons (Van Riper et Orthman). Encore la troisième, l'opérée de Gusserow, succomba-t-elle au 25^e jour, d'une embolie pulmonaire consécutive à une thrombose fémorale, alors qu'elle était opératoirement guérie. Cinq fois enfin, on s'est borné à faire la laparotomie conservatrice; trois malades guériront: l'une n'avait qu'une procidence épiploïque (Haynes), les deux autres (Alberti et Mann) portaient de telles lésions intestinales que des résections étendues furent nécessaires.

La nécessité d'une opération radicale s'imposant, à laquelle allons-nous donner la préférence, en quoi consisteront, en un mot, le but cherché et les moyens employés pour y parvenir?

Nous allons parler d'abord de la laparotomie, quitte à revenir ultérieurement sur l'hystérectomie vaginale, et à juger dans la mesure du possible, entre ces deux interventions.

Dans les cas rares où l'on a laparotomisé des malades pour la perforation seule, non compliquée de procidences, on chercherait vainement un cas de mort. Le but recherché par les chirurgiens est de trouver la perforation utérine, de la suturer

si besoin est. Nous disons si besoin est, parce que maintes fois, à l'ouverture du ventre, les dimensions de l'orifice ont paru trop restreintes pour nécessiter la suture. Tel le cas inédit de Jayle (Obs. LVII).

Dans ces conditions, on peut drainer pour se donner une sécurité complète. Il convient d'insister un peu longuement sur ce mode de drainage :

On peut se borner à placer au contact de la petite perforation utérine, le plus souvent dans le Douglas, une mèche étalée qui forme rideau et qu'on enlèvera au bout de 24 à 48 heures. Jayle a agi ainsi dans le cas auquel nous faisons allusion.

Mais on a fait plus : Poirier, en présence d'une plaie sur un utérus puerpéral, fait la laparotomie ; la perforation constatée, il pouvait être conduit à l'hystérectomie. Il n'en a rien fait. Estimant que chez une malade notoirement infectée, un traumatisme de ce genre comportait une gravité exceptionnelle, il a eu l'idée de drainer, non pas seulement la cavité péritonéale, mais l'utérus lui-même, par la perforation. Dans ce but, un drain unique est passé de la plaie abdominale jusque dans le vagin, drainant largement l'utérus. Les suites opératoires ont pleinement donné raison à Poirier : le drain a pu être supprimé au 21^e jour ; la malade a quitté le service complètement guérie au bout de deux mois.

On n'est pas toujours aussi heureux. La malade de notre observation CXX en est un exemple ; là aussi on a tenté d'établir par la perforation même un drainage abdomino-vaginal. Mais chez une malade opérée en pleine péritonite, les circonstances étaient par elles-mêmes assez désespérées pour qu'on ne puisse incriminer la méthode.

La suture utérine ne sera tentée que si, d'une part, les dimensions de la plaie sont assez considérables pour l'imposer, et si d'autre part les bords de celle-ci présentent une vitalité suffisante pour lui laisser chance de succès. C'est dire qu'on ne la tentera pas en milieu fortement septique, réservant à ces cas une des opérations plus radicales dont nous parlerons plus loin.

Il y a peu à dire sur la suture utérine elle-même ; on trou-

vera avantage, si la plaie est étendue, à la pratiquer suivant les mêmes principes que dans les plaies de dehors en dedans, c'est-à-dire en prenant avec l'aiguille tous les plans de l'utérus, la muqueuse exceptée. Un plan superficiel séreux pourra être superposé au précédent.

Il sera parfois nécessaire de réséquer une partie des bords de la plaie, lorsque la vitalité de ceux-ci pourra laisser des doutes ; cette conduite a été suivie par Haven avec succès.

On conçoit que cette résection des bords de la plaie, utile souvent, devienne d'une absolue nécessité dans les cas où l'on a affaire à une fistule métro-péritonéale ; c'est précisément leur sclérose qui s'opposait ici à la cicatrisation. Aussi Dubar n'a-t-il eu garde de l'oublier dans le cas si intéressant relaté dans l'observation CLV.

Dans le but de créer une barrière plus efficace encore, certains chirurgiens, dans le cas de perforation de la paroi antérieure, ont complété la suture par l'hystéropexie (Dubar, Schwartz).

Il se peut, dans une dernière catégorie de cas, que l'on se trouve en présence de lésions étendues et profondes, commandant l'hystérectomie. On ne s'y résoudra, bien entendu, que dans le cas d'absolue nécessité. C'est toujours une chose fâcheuse que de pratiquer en milieu septique une opération de cette importance, et d'ouvrir de larges surfaces cruentées à une infection déjà non douteuse. Ce serait, en tout cas, à l'hystérectomie supravaginale que nous donnerions la préférence, comme étant plus rapide à pratiquer. Dans le cas seulement où les lésions s'étendraient au col, on pourrait être contraint de faire l'hystérectomie totale. Il est à peine besoin de dire que dans de tels cas un large drainage consécutif s'imposera ; drainage abdominal si l'on a fait l'amputation supravaginale ; drainage abdomino-vaginal si l'on a fait l'hystérectomie proprement dite. On ne négligera, bien entendu, aucun des moyens en usage pour combattre l'infection déjà réalisée : les injections de sérum artificiel, sous-cutanées ou intraveineuses, seront un adjuvant des plus utiles à l'opération, quelle qu'elle soit. On se trouvera

bien de les pratiquer d'une façon précoce, au besoin pendant le cours même de l'intervention, suivant l'exemple donné par Poirier, dans un cas qui fut un succès.

Les interventions que nous venons de discuter laparotomie, suture, conservation si possible sont de date récente, et leur emploi ne peut que se généraliser, à mesure que les progrès de la technique et les perfectionnements de l'asepsie les rendront plus innocentes. Si nous les avons étudiées en premier, et comme méthode de choix, c'est qu'elles ont, à notre sens, gagné, pendant ces dernières années, le terrain perdu par l'hystérectomie vaginale.

Le temps n'est pas éloigné, en effet, où cette opération se présentait d'emblée à l'esprit des opérateurs dans le cas de perforation utérine : elle est encore recommandée de préférence à la laparotomie, dans la thèse toute récente de notre collègue Lenoir. Le grand argument de ses partisans, c'est sa bénignité. Cette bénignité, semble-t-il, leur a fait un peu oublier qu'elle est excessive. Facile, rapide et aveugle, telle est sa formule. On pourrait dire, en revanche, que la laparotomie est *une opération intelligente*.

Il est bien évident qu'en pratiquant l'hystérectomie vaginale on perdra peu de malades. Mais on s'exposera, dans sa précipitation : 1^o à enlever des utérus non perforés ; 2^o à enlever des utérus perforés, mais dont la conservation s'imposait.

Lorsque, ayant ouvert le ventre pour une perforation utérine, on se décidera à le refermer, trouvant la perforation négligeable, il ne faut pas dire qu'on aura fait de mauvaise besogne : la mauvaise besogne eût été d'enlever l'utérus.

La laparotomie, faite aseptiquement, n'ajoute aucune gravité à la perforation utérine : nous avouons ne pas comprendre cette phrase de la thèse de Lenoir : « Nous pensons pour notre part « qu'il est dangereux d'ouvrir l'abdomen pour risquer une « suture *problématique*, et dont l'exécution ne peut, en tout « cas, avoir lieu sans redoubler les chances d'infection de la « séreuse ». Pourquoi problématique ? Et en quoi la suture peut-elle redoubler les chances d'infection ? Comment ne pas

préférer, au contraire, une opération qui, sans délabrements définitifs et irréparables, permettra suivant le cas de drainer simplement, — de suturer la plaie, — de faire l'hystérectomie ?

Prenant le contre-pied des conclusions de Lenoir, nous dirons au contraire : dans le cas de perforation utérine, il n'y a qu'une opération *à ne pas faire*, c'est l'hystérectomie vaginale.

Il est inconcevable de voir combien le préjugé de la *voie vaginale* a pu conduire certains chirurgiens à pratiquer des opérations bizarres. Brothers perfore l'utérus pendant un curetage, préliminaire à une ovariectomie vaginale. Il n'en fait pas moins la colpotomie, l'ablation des annexes par le vagin, et c'est par cette voie, difficile et étroite, qu'il répare la plaie utérine : il termine l'opération en fixant à l'incision vaginale le fond de l'utérus, ce qui n'a peut-être pas pour résultat de mettre celui-ci en très bonne position. Tout cela pour ne pas faire la laparotomie, deux fois indiquée dans le cas présent.

Nous ne ferons que deux concessions aux partisans de l'hystérectomie vaginale : elles ont trait d'une part aux femmes ayant dépassé la ménopause et chez lesquelles le sacrifice de l'utérus est permis ; d'autre part, aux cas d'infection puerpérale aiguë, de rétention placentaire fébrile. Dans ces cas, si l'on perfore l'utérus, on peut, d'une part, juger légitime et urgente la suppression de l'organe ; d'autre part craindre la laparotomie faite en milieu septique. Mais ici, c'est plutôt l'infection elle-même qui sera l'indication opératoire. Tuffier et Bonamy (1) ont proposé et exécuté avec succès l'hystérectomie vaginale contre la septicémie puerpérale aiguë ; dans ces cas, où l'intervention est déjà aux trois quarts indiquée, la perforation ne sera qu'une raison de plus qui pourra heureusement forcer la main à un chirurgien hésitant.

Pour nous résumer, nous voulons répéter encore une fois une notion qui doit heureusement dominer l'histoire des perforations utérines. Dans l'immense majorité des cas, elles sont bénignes. Nous avons dû, évidemment, au cours de ce travail,

(1) TUFFIER et BONAMY. *Revue de Gynécologie*, juillet-août 1899, p. 579.

donner une place considérable aux cas graves et aux opérations radicales. Que l'on ne s'y trompe pas : ces considérations ne sauraient concerner que l'infime minorité des perforations. Être armé contre le danger exceptionnel est bien : savoir rester calme et s'abstenir dans le cas ordinaire est mieux. Mais l'idéal pour un gynécologue, c'est de savoir pratiquer un *cathétérisme prudent*, un *bon curettage*, et de se mettre ainsi presque sûrement à l'abri des perforations. Nous avons insisté, chemin faisant, sur cette prophylaxie. Nous serions heureux si nos remarques pouvaient être de quelque utilité. En médecine comme en religion, il y a quelque chose de mieux que de savoir faire pénitence, c'est d'éviter les occasions du péché.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE PARTIE

PLAIES DE DEHORS EN DEDANS

A. — PERFORATIONS SPONTANÉES

OBSERVATION I (1). — GEORGE CRUSHAM (2) (résumée). — Accouchement en octobre. Dans la première semaine, symptômes d'abcès du bassin qui diminuent pour réapparaître plus tard. En janvier, symptômes d'affection à la hanche. A l'autopsie on trouve un abcès du bassin communiquant avec l'utérus, qui avait dénudé le bord de l'iléon et du pubis. La tête du fémur était à nu sur une assez grande étendue. Les cartilages n'étaient pas altérés.

OBSERVATION II. — A. GUÉRIN (3) (résumée). — Jeune femme chez laquelle on trouve dans le col une tumeur polypiforme. Je l'opérai le 7 juin ; elle est morte peu de jours après avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée. Je fus surpris de n'en pas trouver trace à l'autopsie. Je puis par contre vous montrer : 1^o une infiltration du pus dans le tissu cellulaire du petit bassin ; 2^o un abcès situé sous le cul-de-sac vésico-utérin. Le péritoine est parfaitement sain ; l'abcès peu volumineux communique par une perforation des tissus de l'utérus avec la cavité du col.

OBSERVATION III. — GUICHARD CHOISITY (4) (résumée). — Ch..., mariée, 36 ans, entre le 18 juillet 1861, à l'hôpital de la Conception à Mar-

(1) Cette observation et les cinq suivantes, in DELBET. *Traité des supp. pelviennes*, p. 570-571.

(2) *London med. Gazette*, t. XIII, 22 mars 1834.

(3) A. GUÉRIN. *Bull. Soc. chir.*, 1866, p. 307.

(4) GUICHARD-CHOISITY. *Thèse*, Paris, 1868, p. 44. Obs. II.

seille. Accouchement 2 mois et demi auparavant. Quelques jours après, tuméfaction dans le bas-ventre. A son entrée, tumeur qui s'étend du niveau du bord gauche de l'utérus jusque dans le flanc gauche. Dure, douloureuse à la pression. Toucher vaginal : tumeur large, considérable, faisant saillie dans le cul-de-sac latéral gauche, et comprimant le rectum en arrière. Ouverture dans l'utérus à la partie supérieure du col. Ouverture au-dessus de l'arcade crurale le 19 août. Mort le 6 septembre. Pas de péritonite. Phlegmon du ligament large et de la fosse iliaque. Propagation à la paroi.

OBSERVATION IV. — HUSSON et DANCE (1) (résumée). — Fausse couche de 7 mois. Rupture du cordon près du placenta, qui se trouve comme enkysté ; délivrance quelques jours plus tard. Péritonite débutant au 5^e jour ; confirmée au 7^e. Tuméfaction dans la fosse iliaque gauche. Au 29^e jour, écoulement purulent vaginal abondant. Mort au bout de 3 mois.

AUTOPSIE : Pas de péritonite généralisée. Dans la fosse iliaque gauche, poche purulente remontant sur le psoas jusqu'au rein gauche, descendant jusque dans le petit bassin. A 5 lignes au-dessus de l'extrémité inférieure du col, ouverture arrondie et noirâtre de 5 lignes de diamètre.

OBSERVATION V. — HENNIG (2) (résumée). — F..., 33 ans et demi. Après son second accouchement, accidents légers. Après le troisième, hémorragie, tuméfaction du ventre. Mort. Autopsie. Utérus très gros. A deux centimètres au-dessus de l'orifice externe du col, 2 orifices : l'un conduit dans la cavité utérine ; l'autre, plus petit, situé à gauche, dans un abcès gangreneux paramétritique.

OBSERVATION VI. — LONG (3) (résumée). — F..., 22 ans. Accouchement, rétention partielle. Métorrhagie. Deux mois après, on trouve dans la région iliaque droite une tuméfaction douloureuse. Cuissé légèrement fléchi. La tumeur diminue quand l'écoulement vaginal augmente. Mort dans l'hecticité.

AUTOPSIE : Large collection sous-péritonéale de la fosse iliaque et du paramétrium, communiquant avec l'utérus par une perforation ayant le calibre d'une plume de corbeau. Elle était située à trois quarts de pouce du museau de tanche.

OBSERVATION VII. — GRAWITZ (4) (résumée). — Le 23 février 1893,

(1) Rép. de BRESCHET, 1829, t. IV, p. 95. Obs. XIV.

(2) *Monatschr. für Geb.*, 1819, XXXIII, p. 223.

(3) *Med. chir. Review*, juillet 1841, et *Arch. gén. de méd.*, 1841, t. III, p. 268.

(4) Cité par MEINERT. *Loc. cit.*

autopsie d'une femme de 60 ans, dont l'utérus, au niveau du Douglas, a été perforé. L'origine évidente du pus qui coulait en abondance de la matrice était la péritonite due à une perforation intestinale par calcul biliaire.

OBSERVATION VIII. — CHIARI (1) (résumée). — Pièce existant au musée de Chiari, à Prague, sous le n° 3835 et sous la dénomination « perforation utérine due à une péritonite ulcéreuse, au niveau du Douglas ». Femme de 70 ans, opérée 30 ans avant sa mort d'une hernie inguinale étranglée, avec résection intestinale.

B. — PERFORATIONS TRAUMATIQUES

a) Sans lésion de la paroi abdominale.

OBSERVATION IX. — RENSING (2) (résumée). — Catherine S..., âgée de 23 ans, enceinte de 8 mois, tombe le 18 juillet, à midi, d'une hauteur de 4 mètres, sur un sol dur. Au rapport d'une femme, qui l'a vue tomber, elle s'est reçue sur ses pieds et s'est affaissée ensuite sur les genoux. Cette femme la releva et la fit marcher une vingtaine de pas, en la tenant dans ses bras. Il fallut ensuite la porter jusqu'à sa maison. Pas de perte de connaissance.

On ne constate d'abord aucun signe de lésion interne. Mais des douleurs apparaissent, très vives. Pas de faiblesse : miction normale.

Le jour suivant, la malade est transportée au « *Juliushospital* ». En l'absence de toute fracture ou autre lésion apparente, on la transporte à la clinique gynécologique le soir du 19.

20 juillet. — Exploration sous le chloroforme.

Pouls plein, un peu rapide. T. 37°,2. Ventre élargi, très sensible, tendu. Grosseur dans les deux flancs, qui se déplace par le décubitus. Autour de l'ombilic, son partout tympanique. Au-dessus de la symphyse, masse volumineuse, de la grosseur d'un utérus de 4 à 5 mois.

A la palpation, on sent à droite et à gauche un corps volumineux. Sous la narcose, la masse sus-ombilicale, bien qu'obscurément sentie, semble bien un utérus gravide.

Colostrum dans les seins ; vergetures récentes ; ligne blanche un peu pigmentée. Pas de bruits du cœur.

(1) CHIARI in MEINERT. *Loc. cit.*

(2) RENSING. *Centralbl. für gyn.*, 12 janvier 1895, p. 41.

Toucher : vagin étroit ; col conique de 2 centimètres $1/2$; pas de partie fœtale saillante ; pas trace d'hémorragie.

20 juillet au soir. — T. $38^{\circ},3$. — P. 98. La malade mange avec appétit ; souffre fort peu.

21 juillet au matin. — La malade a dormi toute la nuit ; seins très gonflés, sensibles à la pression ; on en fait sortir aisément du lait.

Diagnostic. — Rupture complète de l'utérus, avec issue du fœtus dans le ventre.

21 juillet, 11 heures du matin. — Anesthésie. Opération.

Laparotomie médiane de 15 centimètres. En ouvrant le péritoine, on donne issue à une grande quantité de sang en partie coagulé, en partie liquide, mêlé de méconium et de liquide amniotique. Le fœtus, qui semble âgé de 8 mois et présente un début de macération, est libre dans le ventre. On l'extrait par les pieds. L'utérus, fortement contracté, est attiré hors de la plaie abdominale. Il montre une longue déchirure de la paroi antérieure, verticale, située au niveau du placenta. Pendant que l'utérus est comprimé au niveau de l'isthme, extraction du placenta et des membranes ; avivement des lèvres un peu infiltrées de la plaie ; suture de celles-ci avec neuf fils de soie passés à travers toutes les couches de l'utérus. Le péritoine est exactement suturé par-dessus au catgut. L'épaisseur du muscle utérin au niveau de la plaie était de 1 centimètre $1/2$ à 2 centimètres. Toilette du péritoine. Suture pariétale au fil d'argent. Pansement.

Un drain est introduit par le vagin dans la cavité utérine.

L'opération a duré 38 minutes et la malade n'a presque pas perdu de sang.

Pendant les deux premiers jours, un peu de température vespérale, sans altération de l'état général. A partir du 3^e jour, la convalescence marche sans incident. Le drain, qui donne issue au lochies, peut être supprimé au 6^e jour. La malade se lève le 17^e jour. Le 20^e jour, pansement et ablation des fils. Le 23^e jour, la malade part, en excellent état.

Le 4 octobre 1894 elle est revue, en parfaite santé. Cicatrice abdominale solide. Utérus petit, antéfléchi, mobile. Col de nullipare. Elle a revu deux fois ses règles.

OBSERVATION X. — SLAVIANSKY (1) (résumée). — Femme de 37 ans. 9^e grossesse. Une semaine avant d'arriver à terme, elle est renversée dans la rue par un cheval de tramway, tombe sur le côté gauche, et est encore frappée par le train avant de la voiture. Immédiatement, métrorrhagie intense. 24 heures après, elle est transportée à la clinique.

État. — Grosse partie fœtale extrêmement facile à sentir dans l'abdo-

(1) *Centralbl. für gyn.*, Bd. X, p. 222.

men. Utérus contracté, impossible à palper. Toucher : le col admet 2 doigts. A travers le col, on sent un pied.

Le diagnostic manquant de netteté, incision exploratrice : l'enfant était libre dans le ventre ; l'utérus portait une large déchirure de la paroi antérieure, étendue verticalement de haut en bas et de droite à gauche, et qui était obstruée par le placenta.

Opération de Porro. Convalescence troublée par de la fièvre et des escarres. Guérison.

OBSERVATION XI. — PLENIO (1) (résumée). — Femme de 19 ans. Première grossesse. Au 8^e mois, elle tombe d'une voiture de paille haut chargée. Chute en arrière sur les épaules et le dos, suivie de vives douleurs abdominales.

5 heures après l'accident. — Respiration 38: Pouls petit, à 106. On sent, à la hauteur de l'ombilic, l'utérus contracté et isolément une partie fœtale grosse et mobile. Aucun épanchement libre dans le péritoine. Pas de bruits du cœur. A l'examen interne, légère hémorragie vaginale. Col admettant l'extrémité du doigt.

Diagnostic : rupture utérine avec issue du fœtus dans le ventre.

Laparotomie : fœtus libre dans le ventre ; plus d'amnios ; peu de sang. Le placenta est resté dans l'utérus. La déchirure s'étend verticalement sur toute la paroi antérieure et de droite à gauche ; elle part du col et s'arrête à 2 centimètres 1/2 du fond.

On passe par la plaie utérine un drain dans le col ; la plaie est suturée à la soie. Fermeture du ventre.

La convalescence est compliquée de désunion et d'infection de la plaie opératoire. La malade reste 12 semaines avec une fistule utéro-abdominale.

La fistule finit néanmoins par guérir. Quatre ans plus tard, nouvelle grossesse : la version fut nécessaire et une hémorragie de la délivrance nécessita le tamponnement. Le placenta siégeait sur la paroi antérieure, au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION XII. — NEUGEBAUER (2) (résumée). — Femme de 20 ans. Première grossesse. Au troisième mois, chute sur le flanc, l'épaule et le genou droit. (Vérifiée par un médecin présent.)

État. — Pas de pouls ; état d'agonie. Météorisme généralisé. Entre l'ombilic et la xyphoïde, partie proéminente, qui paraît être le fond de l'utérus. Le gonflement du ventre empêche d'en sentir les caractères. Au toucher, col admettant un doigt ; orifice interne intact.

(1) PLENIO. *Centralbl. für gyn.*, 1885, n° 47.

(2) *Centralbl. für gyn.*, 1890, p. 88.

Opération césarienne post mortem. On trouve le fœtus et le placenta libres sous le foie. La partie proéminente, sentie au niveau du fond, était le siège.

Une fissure pénétrante ouvrait la face antérieure de l'utérus et s'étendait du fond au tiers de la hauteur de l'organe. En outre, une fissure incomplète du col (3 centimètres) la continuait en bas et une fissure incomplète du fond (11 centimètres) la prolongeait en haut.

Fractures multiples du bassin.

b) Avec lésion de la paroi abdominale.

1. Plaies par instrument tranchant ou corne d'animal.

OBSERVATION XIII. — LOEWENHARDT (1). — Une femme, arrivée au 3^e mois de sa grossesse, fut blessée par son mari d'un coup de faux, immédiatement au-dessus de la symphyse, de telle sorte que l'enfant, qui naquit mort quatre heures après, présentait sur l'occipital une plaie transversale qui traversait complètement les os et était large d'un pouce.

La femme guérit et eut par la suite deux grossesses normales.

OBSERVATION XIV. — BARTHOLIN (2). — A Saardam (ou Smerdam), cette ville de Hollande où Pierre le Grand, déguisé en charpentier, vint apprendre la construction des navires, un taureau, rendu furieux par la vue d'un cerf-volant, se précipita sur une femme grosse, l'enleva sur ses cornes et la lança en l'air. — L'enfant, sorti à travers la crevasse gastro-utérine, retomba sur le sol avec sa mère.

Celle-ci mourut au bout de trente-six heures. L'enfant vécut pendant un mois.

OBSERVATION XV. — AISENSTADT (3). — Femme de 40 ans ; 6 accouchements antérieurs. Dernière *grossesse illicite* à terme. Après discussion avec son mari, la femme s'enferme seule dans sa chambre et pratique sur elle-même l'opération césarienne avec une hache de paysan, qui servit de scalpel. Morte le soir même.

(1) LOEWENHARDT, *Casper's Wochenschrift*, 1810, p. 60.

(2) Th. BARTHOLIN. *Historia anal. rarior. cent.* Hafniæ, 1654, et SUE. Essai sur l'art des accouchements. Paris, 1779, t. I, p. 209.

(3) AISENSTADT. *Wrutch*, 1886, n° 42, p. 750.

L'enfant, à terme, vivant, pesait 6 livres et demie et mesurait 55 centimètres. — Il succomba le neuvième jour par cause inconnue.

AUTOPSIE. — De la plaie abdominale sortent les entrailles ; la plaie, longue de 14 centimètres, commence à 2 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde ; l'ouverture est béante à 5 centimètres vers son milieu. Les bords de la plaie sont coupés nets, sans sugillations. Correspondant à cette plaie, il y a une incision de la matrice longue de 11 centimètres. Dans la cavité utérine, il n'y a rien que du sang coagulé. L'orifice utérin peut laisser passer 4 doigts : bassin normal ; anémie générale.

OBSERVATION XVI (1). — Une esclave de 14 ans, grosse *illégitimement* de deux jumeaux, s'ouvrit le ventre et l'utérus avec un rasoir. Bien que les intestins fussent sortis et que la cavité de l'abdomen ait été le siège d'une hémorragie, elle guérit promptement.

Les deux enfants ont péri vraisemblablement.

OBSERVATION XVII. — VON GUGGENBERG (2). — Femme en travail, ayant eu 7 accouchements antérieurs, dont 4 naturels, 2 avec forceps, 1 terminé par la craniotomie.

Présentation du sommet. *Les douleurs, très violentes, poussèrent la femme à se faire elle-même l'opération césarienne.*

M. Von Guggenberg fut appelé à voir la femme. Malgré qu'elle fût littéralement dans le sang et dans la saleté, malgré que les intestins fussent hors du ventre, elle survécut après que M. Von Guggenberg eut nettoyé les intestins et suturé la plaie abdominale.

L'enfant était mort.

OBSERVATION XVIII. — HARRIS (3). — Après *trois jours de douleurs qui restèrent sans résultats*, la parturiente, dans un accès de désespoir, s'ouvrit le ventre et l'utérus avec un rasoir.

Enfant vivant.

La plaie abdominale fut cousue par une voisine. Guérison.

OBSERVATION XIX. — GUELLIOT (4). — Femme enceinte de 8 mois, qui reçoit de son mari, alcoolique avéré, un violent coup de couteau dans la fesse gauche. Il s'écoula une grande quantité de sang ou de liquide san-

(1) *New-York medic. a. physic. Journal*, 1823, vol. II.

(2) VON GUGGENBERG. *British. medic. Journal*, 21 février 1885.

(3) *Wiener med. Wochenschrift*, 1880, et R. HARRIS. *Amer. Journ. of the medic. Scien.*, 1888.

(4) GUELLIOT. *Mém. et Buil. de la Soc. de chir. de Paris*, 1886, p. 337.

guinolent. Cet écoulement s'arrêta spontanément. La scène se passait à 11 heures du soir.

Le lendemain, à 11 heures du matin, douleurs de l'enfantement, rupture de la poche des eaux et, à midi, naissance d'un enfant mort (il y avait 8 jours que les mouvements actifs du fœtus avaient cessé).

On constate au niveau de la région fessière gauche une plaie de 3 centimètres de largeur, située à 3 travers de doigt au-dessus de l'ischion, à 10 centimètres du bord postérieur du grand trochanter et à 12 centimètres de la ligne médiane. Pas de sang, pas de fièvre.

L'enfant portait sur le pariétal gauche et au voisinage de la suture médiane une incision nette, intéressant les téguments, et pénétrant jusqu'à l'os, qui est rayé, mais ne paraît pas perforé.

Il fallait dès lors admettre que *l'instrument tranchant, après avoir traversé l'échancrure sciatique, avait pénétré dans l'utérus.*

15 jours après l'accident, la malade se levait et la plaie était à peu près cicatrisée ; à aucun moment il n'y a eu de fièvre et les suites de couches ont été normales.

Mais 7 mois après l'accident, la malade présentait encore au membre inférieur gauche des troubles trophiques et des troubles de la sensibilité liés à la blessure du nerf sciatique.

OBSERVATION XX. — GEISSLER (1). — Le 15 octobre, dans l'après-midi, la fillette d'un fermier de Z... entendait tout à coup des cris rappelant ceux d'un chat, qui semblaient provenir de l'étable où se trouvait le taureau de la commune. Un homme, qui passait par là, se rendit avec la fillette dans l'écurie, où il trouva la femme du fermier suspendue à la chaîne à laquelle le taureau était attaché, mourante, et qui rendit presque aussitôt le dernier soupir. Sur le sol, dans l'auge et à côté du taureau, se trouvait un enfant nouveau-né couvert de sang et de boue, mais paraissant indemne de toute blessure.

Dès que la mère et l'enfant eurent été transportés dans une pièce, ce dernier se mit aussitôt à crier.

Sur la morte, on releva les lésions suivantes : la corne du taureau avait pénétré dans l'hypocondre droit, à un pouce au-dessous du bord des dernières côtes, et avait déchiré obliquement la paroi abdominale jusqu'au côté gauche. La plaie formait une ligne un peu courbe, avec la convexité dirigée en bas. Les intestins étaient en partie dehors et déchirés. *Le segment supérieur de l'utérus était complètement détaché* : une partie du placenta lui était encore adhérente. Pas d'autres blessures.

(1) GEISSLER. *Monatschrift f. Geburtsh.*, t. XXI, 1863, p. 372.

L'enfant était bien constitué, du sexe masculin, et n'offrait aucune lésion. Le cordon était enroulé plusieurs fois autour du cou et portait encore à son extrémité libre un morceau de placenta déchiré.

OBSERVATION XXI. — BERNHARDT (1). — Femme de 35 ans, multipare, enceinte de 8 mois. Quand M. Bernhardt fut appelé auprès d'elle, elle venait de s'ouvrir le ventre avec un canif, « pour se dérober aux douleurs de l'enfantement, en retirant elle-même le fœtus ».

Après avoir enlevé la serviette pleine de sang qui recouvrait l'abdomen, Bernhardt reconnut l'existence d'une large plaie, par laquelle le fond de l'utérus et une partie du grand épiploon s'échappaient au dehors. La blessure, faite avec le tranchant du canif, commençait à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic et coupait la ligne blanche à angle droit dans une étendue de 14 centimètres environ, en se dirigeant de haut en bas et de gauche à droite. On pouvait estimer à 9 centimètres environ la profondeur de la plaie. La paroi abdominale et le péritoine étaient intéressés dans une étendue de 8 centimètres au moins. *La blessure avait aussi entamé la portion la plus superficielle de la couche musculaire externe* dans une étendue de 5 centimètres 1/2. L'hémorragie semblait peu abondante.

Après que l'épiploon eut été réduit, non sans peine, les bords de la plaie furent réunis complètement à l'aide d'une suture et la plaie recouverte d'une compresse trempée dans de l'huile d'amandes douces. Forte dose d'opium.

Pendant les trois jours suivants, il y eut de la fièvre, du hoquet et des vomissements. Au bout de ce temps, un fœtus de 8 mois fut expulsé vivant et bien portant. Le placenta fut expulsé immédiatement sans perte de sang notable. Dans la soirée même de l'accouchement, la malade se trouva bien.

Le 21^e jour après le traumatisme, la guérison est complète.

OBSERVATION XXII. — REICHARD (2). — Une femme eut le ventre ouvert par une corne de taureau, de telle sorte que le *fœtus enfermé dans ses membranes* tomba sur le sol. Il fut, dit-on, remis en place, et le ventre fut recousu ensuite. Non seulement la femme guérit, mais encore elle donna naissance, au terme normal, à une fille vivante !

OBSERVATION XXIII. — R. HARRIS (3). — Une femme indienne, âgée de 30 ans, de constitution excellente, qui se trouvait avec sa tribu à la

(1) BERNHARDT. *Union médicale*, 1870, n° 80, p. 31.

(2) REICHARD. *Dissert. chir. Hallerianæ*, 1735.

(3) R. HARRIS. *Amer. Journ. of obst.*, octobre 1887.

chasse au buffle, fut éventrée par un bison. L'enfant fut embroché par la corne, lancé à une distance de 20 mètres, et tué sur le coup.

Quant à la femme, elle fut soignée d'après la méthode indienne, c'est-à-dire que l'on étendit sur la plaie plusieurs couches d'argile humide avec des fibres végétales, sur une épaisseur de 2 pouces.

Guérison.

OBSERVATION XXIV. — SCOTT (1). — VIII-pare de trente-quatre ans, à terme.

Coup de corne de bœuf, qui pénètre au niveau d'une épine iliaque antérieure et supérieure et fait une déchirure s'étendant jusqu'à l'ombilic.

Une heure et demie après, le fœtus s'échappait par la plaie. Quand le Dr J. C. Scott arriva, il coupa le cordon et enleva le placenta par la plaie, puis il appliqua un pansement. Pas de sutures. La femme, par suite du choc et de l'hémorragie, était presque mourante.

Le lendemain, issue d'une petite portion d'intestin par la plaie. Réduction, puis suture de la plaie abdominale. La femme continua à s'affaiblir et mourut le second jour, à 10 heures du soir.

Quant à l'enfant, c'était, en 1885, un vigoureux et solide garçon de six ans, qui ne paraissait pas se ressentir de la façon dont il était venu au monde.

OBSERVATION XXV. — ZUBELDIA et MONACO (2). — Multipare, enceinte de neuf mois. Coup de corne de taureau à la région hypogastrique, au niveau de laquelle fait hernie l'utérus blessé.

Quand A. de Zubeldia et M. Monaco furent appelés, la femme avait les douleurs de l'enfantement ; à la suite d'un violent effort, le fœtus sortit mort par la solution de continuité de l'utérus.

Le placenta détaché fut extrait. L'utérus se contracta, puis reprit sa position primitive. Pas de pansement, en raison de l'état de faiblesse de la malade. Le lendemain matin seulement on sutura et ferma la blessure.

L'état de la blessée devenant de plus en plus grave, le troisième jour, Zubeldia enleva le pansement, ainsi que les points de suture, bourra la plaie avec de la charpie et la recouvrit de compresses fréquemment trempées dans une forte décoction de quinquina du Pérou. A partir de ce moment, amélioration. Au 25^e jour, la malade allait bien : la plaie fut fermée à la fin de la seizième semaine.

(1) J.-C. SCOTT. *Medic. ag. Detroit*, 10 août 1885.

(2) ZUBELDIA et MONACO. *Journal de chirurgie de Desault*, 1791, p. 322.

Par la suite, la patiente jouit d'une excellente santé ; elle mena à terme et nourrit plusieurs enfants. Il ne lui resta de cet accident qu'une petite hernie.

OBSERVATION XXVI. — RODRIGUEZ (1). — Une femme, enceinte de huit mois, fut frappée dans un parc de Mexico, par un taureau, le 27 juin 1850.

A travers la blessure, longue de huit pouces et siégeant au niveau du flanc gauche, *faisait saillie le siège du fœtus*. Après agrandissement de la plaie par en bas, M. Miguel Ginienez put extraire le fœtus tout entier qui se mit aussitôt à crier.

L'utérus se contracta si rapidement et si brusquement qu'il fut impossible de faire la délivrance. On se contenta donc de lier et de couper le cordon aussi ras que possible et on réduisit l'utérus ; après quoi on sutura la blessure. Bandage sur l'abdomen ; saignée, repos au lit, diète.

Six heures après, le placenta fut expulsé avec le cordon lié, au milieu des douleurs et par les voies naturelles. Péritonite violente. Convalescence au bout de vingt jours.

En 1875, la mère et l'enfant (un garçon) étaient vivants et en bonne santé.

OBSERVATION XXVII. — MARSK (2). — Femme de quarante-deux ans, multipare, enceinte de huit mois. Coup de corne de taureau déterminant une plaie à travers laquelle s'échappent les intestins et l'enfant. Le cordon fut coupé et l'enfant enlevé ; mais les tentatives pour rentrer l'intestin restèrent vaines.

Lorsque E. J. Marsk arriva trois quarts d'heure après, il trouva *en dehors plusieurs pieds d'intestin, ainsi que l'utérus. Ce dernier organe, en partie inversé, faisait saillie à travers la plaie, avec le placenta adhérent à la partie inversée*. M... enleva le placenta et réduisit l'utérus. La déchirure utérine avait la forme d'un Y.

Faible hémorragie après l'enlèvement du placenta. La blessure fut suturée et un pansement adhésif fut appliqué. La femme ne se releva pas du choc et succomba une heure et demie après l'accident.

L'enfant, un garçon qui n'avait reçu aucune blessure, vivait encore deux semaines après l'accident.

OBSERVATION XXVIII. — FRITZE (3). — Une femme, grosse de six mois,

(1) RODRIGUEZ. *Americ. Journ. of obst.*, 1887, p. 1036.

(2) MARSK. *Medical Record*, vol. II, 15 mai 1867.

(3) FRITZE. *Journal de médecine*, 1786, t. LXVI, p. 354.

reçut d'un bœuf un coup de corne dans la région hypogastrique. La plaie extérieure se trouvait à trois pouces de la ligne blanche et pénétrait jusque dans la matrice. La plaie avait deux pouces de long. L'hémorragie fut considérable et le bras droit de l'enfant passait jusqu'au coude.

Dilatation sur le doigt de la plaie extérieure, puis de celle de l'utérus. L'enfant était tellement serré dans l'utérus vide d'eau qu'on eut bien de la peine à l'extraire. Cependant, la malade ne se plaignit qu'au moment où l'on sortit la tête et où l'on détacha le placenta. Gastrorrhée et bandage unissant.

Vomissements et coliques ; fièvre. Au huitième jour la plaie a fourni un pus louable, et le trente-quatrième elle a été cicatrisée. Dès la neuvième semaine, la femme vaquait aux soins du ménage.

Six mois plus tard, nouvelle grossesse. Nécessité de soutenir la cicatrice distendue par un bandage ; néanmoins, accouchement à terme et presque sans douleurs d'une fille morte. Six heures après, la femme tombait en syncope, et mourait au bout d'une heure.

A l'autopsie, on put constater que la *cicatrice de la plaie de la matrice était ferme et intacte*.

OBSERVATION XXIX. — BALIVA et SERPIERO (1). — Une femme de vingt-cinq ans, arrivée au terme de sa grossesse, s'ouvrit l'abdomen et l'utérus dans le milieu de la région iliaque droite avec un couteau de cuisine. La plaie utérine était un peu moins longue que la plaie abdominale.

La femme retira elle-même le fœtus, qui avait été blessé grièvement (il n'avait pas respiré), et lui trancha la tête. Ensuite elle s'entoura l'abdomen avec un bandage circulaire, se reposa deux heures *et se rendit à pied à Viterbe, situé à un demi-kilomètre de là*. Après s'y être reposée encore cinq heures, *elle se rendit, toujours à pied, à sa maison, dans la campagne* (la distance n'est pas indiquée).

Là elle fut prise de douleurs et de vomissements fréquents et tomba sans forces : le bandage abdominal se défit et il s'échappa un gros paquet d'anses intestinales.

Les deux médecins appelés virent la malade pour la première fois treize heures après l'opération. Ils nettoyèrent l'intestin, le réduisirent et suturèrent la plaie abdominale. Excepté une abondante suppuration, la guérison eut lieu sans troubles, et, le quarantième jour, elle était complètement obtenue.

OBSERVATION XXX. — LANGIUS (2). — La matrice d'une femme grosse

(1) BALIVA et SERPIERO. *Centralbl. für gyn.*, 1886.

(2) LANGIUS in REICHARD. *Dissert. exhib. uter. gravid. una cum fœtu vulneratum*. *Dissert. Chir. Hallerianæ*, 1735.

fut blessée par un couteau, qui avait largement ouvert le crâne de l'enfant.

Guérison très prompte.

OBSERVATION XXXI. — TACHTER (1). — Le fait observé par Tachter, a été mentionné dans un mémoire sur l'opération césarienne, lu à la Société médico-chirurgicale d'Edinbourg. Il concerne une femme qui fut éventrée par un taureau. L'enfant, mis au monde par cette opération césarienne, vécut. La mère guérit.

OBSERVATION XXXII. — MOSELEY (2). — Une esclave, IV-pare, s'ouvrit, en 1769, à la Jamaïque, l'abdomen et l'utérus d'un seul coup avec un couteau de cuisine, à gauche de la ligne blanche.

Une négresse coupa le cordon ombilical, réduisit les intestins sortis et pansa la plaie abdominale. Quelques heures plus tard, un chirurgien ouvrit la plaie à nouveau, nettoya les intestins, enleva le placenta par la plaie et sutura l'incision de l'abdomen.

Malgré la fièvre, la malade guérit. L'enfant vint au monde vivant, avec une large plaie à la partie supérieure de la cuisse; *il mourut le sixième jour du trismus des nouveau-nés.*

OBSERVATION XXXIII. — FINELL. — Une femme reçoit dans l'abdomen un coup porté avec un instrument pointu et tranchant. Elle accoucha une semaine plus tard. *Au moment du traumatisme, il ne s'écoula qu'un peu d'eau par la plaie;* et pendant l'accouchement le liquide amniotique ne contenait pas de sang. La plaie, longue de 12 millimètres, se trouvait au voisinage de l'ombilic; il n'y eut pas d'hémorragie.

Le fœtus, né mort, présentait à la jambe une plaie intéressant la tête du péroné, ce qui fit penser que le membre blessé devait être appliqué contre la paroi antérieure de l'utérus, quand le traumatisme avait eu lieu (3).

OBSERVATION XXXIV. — LECHAPTOIS (4). — La femme Brumont, de la commune de Fresnaye, âgée de 39 ans, mère de plusieurs enfants, et enceinte de huit mois en juillet 1789, reçut un coup de corne de taureau, qui ouvrit la région hypogastrique transversalement et la partie

(1) TACHTER. *Transact. of Society of Edinburg*, 5 juin 1850.

(2) MOSELEY. *Tropical diseases*. London, 1803, 4^e édition.

(3) FINELL. *Trans. of the New-York path. Society*, vol. III, p. 249; cité par TARNIER et BUDIN, in *Traité de l'art des accouchements*, t. II. p. 345.

(4) In BAUDELLOCQUE. *Recherches et réflexions sur l'opération césarienne*. Vendémiaire an VII, p. 79.

antérieure de la matrice dans l'étendue de plus de 10 pouces. L'enfant sortit aussitôt par cette grande déchirure, qui répandit une grande quantité de sang.

Lorsque Lechaptois arriva, une heure et demie après l'accident, il coupa le cordon auquel adhérait encore l'enfant ; puis il fit l'extraction du placenta par la plaie, la matrice étant contractée et l'hémorragie arrêtée. Il nettoya ensuite avec une éponge imbibée d'eau et de vin les intestins couverts de sang et de terre, ainsi que les autres parties circonvoisines ; il les réduisit dans le ventre, pratiqua huit points de suture enchevillée et recouvrit le tout d'un pansement convenable. Après cela, il fit transporter la femme chez elle, cette opération ayant été faite au milieu des champs.

L'enfant vécut huit heures. Quant à la femme, la guérison était parfaite au bout de six semaines.

Cinq ans après cette énorme blessure, elle jouissait encore de la meilleure santé et n'avait d'autre inconvénient que celui qui résultait d'une hernie dans le lieu où deux points de suture avaient coupé les lèvres de la plaie et entretenu de la suppuration pendant quelque temps.

OBSERVATION XXXV. — SCHWARTZ (1). — Femme, 22 ans, entrée à Beaujon le 18 août, à 2 heures du matin. Enceinte de 6 à 7 mois, elle a reçu la veille, à 8 heures du matin, un coup de couteau dans le ventre, à la suite duquel il s'est produit une abondante hémorragie.

On découvre sur la partie antérieure de l'abdomen, à gauche de la ligne médiane, une plaie de 6 centimètres, obliquement dirigée de bas en haut et de droite à gauche, remontant à quelques centimètres de l'ombilic. Par cette plaie, issue de 90 centimètres environ d'intestin et des deux pieds du fœtus. État général assez bon ; pouls fréquent, mais non petit. Température normale.

Sept heures après l'accident, intervention.

Anesthésie. Nettoyage soigneux de toutes les parties herniées. On s'assure que l'intestin, l'épiploon et le mésentère sont intacts ; le tout est encore lavé à la liqueur de van Swieten et mis sous des compresses imbibées de la solution de sublimé. *Agrandissement de la plaie abdominale de 7 centimètres.* On constate alors que le fond de l'utérus a été ouvert par une incision transversale allant d'une corne utérine à l'autre, et par laquelle est passé tout le fœtus, dont la tête seule est encore dans la cavité. *Agrandissement aux ciseaux de la plaie utérine, qui permet l'extraction complète du fœtus mort, puis du placenta.*

(1) SCHWARTZ. *Bulletins et Mém. de la Soc. de chir.*, 1887, t. XIII, p. 628.

Lavage de la cavité abdominale et de la cavité utérine à l'eau bouillie. Suture de la matrice par douze points au catgut n° 4. Réduction des anses intestinales et toilette de la cavité abdominale. Sutures abdominales. Irrigation du vagin au sublimé et tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 22 août, la malade succomba à huit heures du matin, avec les signes d'une péritonite, confirmée par l'autopsie.

OBSERVATION XXXVI. — FRANCESCO (1). — Une femme de trente-cinq ans, en état de grossesse très avancée, fut frappée le 30 novembre 1805, par un taureau en deux endroits de l'abdomen : d'abord dans la région ombilicale, d'où issue d'une anse d'intestin ; puis dans l'hypocondre gauche avec blessure de l'utérus, d'où issue d'une autre anse intestinale et du *coude gauche du fœtus*.

M. Francesco appelé *agrandit l'ouverture abdominale et l'ouverture utérine, puis il enleva le fœtus et le placenta*.

L'enfant était mort ; il avait reçu une forte contusion au niveau de la poitrine. La blessure ombilicale fut soigneusement suturée, ce qui n'empêcha pas par la suite la production d'une hernie. Au niveau de la blessure inférieure, l'abdomen fut nettoyé ; l'utérus ne fut pas suturé. La femme guérit lentement.

OBSERVATION XXXVII. — SPILSBORY (2). — Une jeune femme de Madras, arrivée près du terme de sa grossesse, était à cheval sur un jeune bœuf. L'animal ayant trébuché, elle fut jetée en avant et tomba sur une corne, qui, pénétrant à un pouce au-dessus du pubis, entra dans la cavité utérine. L'accident arriva dans un village éloigné de trois milles de la ville, et au coucher du soleil, et la femme ne fut vue qu'à onze heures du soir.

Faible hémorragie et écoulement de liquide amniotique. En explorant la plaie, longue de deux pouces dans le sens horizontal, *on rencontre la main, qui sort*. Le travail commença.

L'enfant respirait à peine quand il vint au monde : il avait été frappé au cou et à l'épaule.

Une issue considérable de l'intestin suivit l'expulsion du fœtus ; la réduction en fut prompte et facile. Les lèvres furent réunies par des points de suture ; taffetas anglais, compresses et bandages. Guérison.

(1) FRANCESCO. *Giornale di Medicina*. Pavia, 1814, t. II, p. 37.

(2) SPILSBORY. *Trans. medic. phys. Society*. Calcutta, 1835, vol. II.

2. *Plaies par instrument piquant.*

OBSERVATION XXXVIII. — TARNIER (1). — Une femme, enceinte d'environ cinq mois, poussa son lit avec son ventre, et une longue épingle à chapeau lui pénétra dans l'abdomen.

La malade se rendit dans le service d'un chirurgien, qui put enlever l'épingle. Mais en quittant l'hôpital, cette femme fut prise d'une perte d'eau, et les jours suivants il s'écoula une petite quantité de sang. Elle entra dans notre service le 22 janvier dernier et je portai le diagnostic d'hémorragie par endométrite traumatique, l'œuf ne me paraissant pas intéressé.

Cette femme accoucha le 30 janvier d'un enfant mort. La délivrance fut faite artificiellement : la sage-femme en chef constata au cours de cette délivrance qu'une partie de l'utérus était très amincie. L'accouchée sortit de la clinique au bout de quelques jours complètement guérie.

En examinant le placenta, on vit que l'ouverture des membranes était extrêmement petite ; je soulevai le sac membraneux qui paraissait petit : je le fis remplir de liquide et je constatai que sa capacité n'était que de 210 centimètres cubes. Or, le fœtus placé dans un vase déplaçait 900 centimètres cubes de liquide. D'accord avec mes élèves, MM. Bar et Maygrier, nous croyons que le fœtus a dû rester vivant et continuer à croître en dehors de ses enveloppes ovulaires.

Du reste, en mesurant l'ouverture de l'œuf, nous avons constaté qu'elle avait exactement les dimensions d'une pièce de cinq francs ; par conséquent, il fallait bien admettre que le fœtus était sorti par cette ouverture alors qu'il n'avait pas le volume qu'il présentait au moment de sa sortie hors des organes maternels.

OBSERVATION XXXIX. — CZAZEWSKY (2). — Femme enceinte de cinq mois et demi. En courant avec une fourche à la main, elle tomba de telle façon qu'une des dents de l'instrument pénétra dans le ventre immédiatement au-dessus du pubis. Écoulement d'un liquide chaud ressemblant à de l'urine. La plaie fut lavée avec de l'eau-de-vie de lavande, et recouverte d'un pansement.

Czazewsky, qui vit la femme deux jours après, diagnostiqua une plaie de l'utérus avec issue du liquide amniotique ; la femme était en travail. Extraction facile par le vagin du fœtus et du placenta. Le

(1) TARNIER. *Semaine méd.*, 1895, p. 386.

(2) *Journal de méd. de Malgaigne*, 1841.

fœtus, mort, présentait, au niveau de l'omoplate, une plaie produite par la dent de la fourche. L'examen de l'abdomen montrait une plaie de 32 millimètres de longueur sur 8 de large, sans issue de l'intestin.

Signes de péritonite ; puis, quelques temps après, *formation d'un abcès au niveau de la plaie, qui s'ouvrit et laissa échapper du pus contenant des pépins de raisin.*

Il y avait donc eu une perforation de l'intestin, mais la péritonite circonscrite avait enkysté les matières qui avaient fait issue, et protégé le péritoine contre l'inflammation généralisée. La fistule était fermée au bout de quatre mois, et la blessée guérit parfaitement.

OBSERVATION XL. — PLANCHON (1). — Le 6 janvier 1780, Catherine Roux, enceinte de sept mois révolus, se trouva au milieu d'un embarras de voitures, rue Saint-Médard ; elle s'était rangée contre le mur, lorsqu'un cabriolet recula brusquement sur elle et l'atteignit. Un clou, long, gros et carré, attaché à la planche de derrière, la piqua à un demi-pouce du muscle droit abdominal du côté gauche, à trois grands pouces de l'ombilic. Le fer pénétra jusque dans la matrice et blessa l'enfant.

La femme, saisie de frayeur, *n'éprouva dans le moment qu'une douleur médiocre.* Les eaux, mêlées de sang, s'échappèrent en jet par la piqure. Elle eut pourtant le courage de retourner seule et à pied jusqu'à sa demeure.

Quinze heures après l'accident, l'écoulement cessa ; il survint des convulsions, des hoquets, des vomissements ; enfin, mort au bout de soixante heures.

A l'autopsie, on trouva que l'enfant avait été atteint par le clou, au milieu de la fosse sous-épineuse droite ; la piqure, quoique très petite, avait occasionné une ecchymose, qui, de l'omoplate, s'étendait jusqu'aux fesses. La cavité utérine renfermait encore beaucoup d'eau, mais il n'y avait ni épanchement ni caillots de sang. L'ouverture de la matrice présentait un bourrelet inflammatoire très épais et ayant trois pouces de diamètre en tous sens.

OBSERVATION XLI. — DEVAUX (2). — La femme d'un soldat, Jeanne Ravichat, grosse de huit mois, reçut le 8 mars 1695 un coup d'épée au voisinage de l'ombilic. Elle succomba avant qu'on ait eu le temps de placer un appareil.

A l'ouverture du cadavre, *on trouva beaucoup de sang épanché dans*

(1) PLANCHON. Traité complet de l'opération césarienne. Paris, 1801.

(2) DEVAUX. Art de faire des rapports en chirurgie, p. 175. Cité par BOIRVIX et DUGÈS. Maladies de l'utérus. Paris, 1833, t. I, p. 77.

l'abdomen et dans la matrice. Celle-ci était percée près de son fond. Le fœtus, mort aussi, avait une blessure à la poitrine.

OBSERVATION XLII. — HOFFMANN (1). — La blessure de la matrice avait été faite par un bâton pointu, qui avait également blessé la poitrine du fœtus.

Guérison.

OBSERVATION XLIII. — LEE (2) (résumée). — Femme, âgée de 28 ans, envoyée à l'hôpital par le Dr Hawks, pour être opérée d'un kyste de l'ovaire droit. On attribuait à ce kyste plusieurs avortements successifs, et, la malade se trouvant actuellement enceinte de six mois, on craignait la même issue. Après avoir fait l'incision habituelle, on vérifie les rapports de la tumeur avec l'utérus. Mais en plaçant la malade de côté, afin de ponctionner le kyste, celui-ci, très mobile, se déplaça, et l'utérus se présenta à sa place. Ce fut lui que l'on ponctionna. Un gros trocart fut introduit à une profondeur de deux pouces, en un point situé à deux pouces environ au-dessous du fond de l'utérus. Aucun liquide ne s'échappe. Suture de la plaie utérine à la soie phéniquée; le kyste enlevé sans incidents, et le ventre refermé, la malade se trouve en bon état. Quelques vomissements, probablement chloroformiques. Pas de menaces immédiates d'avortement.

Mais, cinq semaines après, la malade de retour chez elle est prise brusquement de métrorrhagie grave et avorte.

Cette malade devint enceinte ultérieurement, et accoucha à terme.

OBSERVATION XLIV. — WILSON (3) (résumée). — Au cours d'une ovariectomie chez une femme enceinte de 4 mois, il trouve le pédicule très fort, adhérant intimement à l'utérus. En séparant le pédicule, il éraille fortement le revêtement péritonéal utérin. Au bout de 15 jours, guérison parfaite en apparence.

Mais à partir de ce moment, fièvre et douleur bientôt expliquées par un abcès de la paroi. Une semaine plus tard, avortement. L'auteur pense que celui-ci ne se serait pas produit, en l'absence de l'abcès pariétal.

OBSERVATION XLIV bis. — LEPAGE (4) (résumée). — *Grossesse gémel-*

(1) HOFFMANN, in REICHARD. Dissert. exhib. uter. gravid. una cum fœtu vulneratum. Diss. Chir. Hallerianæ, 1735

(2) LEE. Obst. Society of New York, 21 nov. 1882. Amer. Journ. of obstetrics, 1883, p. 286.

(3) WILSON. Amer. Gyn. Society, 1883. Amer. Journ. of obstetrics, 1883, p. 1085.

(4) LEPAGE. Annales de gynécologie et d'obstétrique, oct. 1888, p. 261.

laire. — La nommée C... Marie, âgée de 34 ans, ménagère, entre le 25 juin 1886, à la Maternité de Lariboisière, salle Sainte-Anne, lit n° 4.

Le diagnostic hésitant entre grossesse gémellaire avec hydramnios d'un seul œuf, et grossesse unique avec tumeur, M. Pinard pratique une ponction en enfonçant à 8 centimètres à gauche et au-dessus de l'ombilic, un trocart n° 2 de l'appareil Potain.

Il s'écoule un liquide de couleur citrine; le trocart paraît être libre dans une vaste cavité. Lorsque cinq litres de liquide sont retirés, on voit et on sent l'utérus se contracter et immobiliser le trocart. Puis au fur et à mesure que l'évacuation continue, on constate l'existence de parties fœtales dans la région supérieure, puis bientôt on peut percevoir deux têtes dans l'utérus.

Le diagnostic ne faisait plus de doute. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire avec hydropsie d'un œuf.

L'aspiration dure une heure environ et permet d'évacuer vingt litres et demi de liquide amniotique.

Après l'évacuation du liquide on met du collodion sur l'orifice externe de la ponction, puis un bandage avec compression ouatée est appliqué sur le ventre.

Pas de vomissements dans l'après-midi; les urines sont sanguinolentes.

Le 2 *juillet*. — Température 36°,6; température soir, 37°. Urines, 1 litre. La femme se sent très bien.

Le 3 *juillet*. — Température 36°,6; température soir, 37°.

Par le palper on constate facilement la présence de deux têtes qui ballottent au fond de l'utérus. Mais on n'entend qu'un seul foyer d'auscultation à droite.

Le 7 *juillet*. — L'état général est tout à fait bon.

La femme demande à sortir le 13 juillet.

A partir de cette époque, le ventre n'augmente plus. La femme marche facilement.

Le 20 *juillet*, à 3 heures du soir, se promenant au bois de Vincennes, elle est prise de douleurs, monte en voiture pour revenir à l'hôpital et expulse à quatre heures et demie un fœtus se présentant par le siège, ascitique et œdématisé et pesant 1450 grammes.

La seconde poche se rompt spontanément à 6 heures du soir. Le second fœtus est expulsé immédiatement. Il est macéré et présente un volume de la tête assez considérable; il pèse 1000 grammes. Ce fœtus était tellement macéré que l'autopsie n'a pu en être faite.

La délivrance se fait spontanément à six heures et demie. Le placenta très volumineux forme une masse unique. Une cloison formée par 4 membranes sépare les deux œufs. Les membranes sont intactes. Celles qui contenaient le second fœtus, sont distendues et présentent à 10 cen-

timètres environ du bord placentaire un orifice arrondi qui répond à l'entrée du trocart. La femme sort bien portant le 31 juillet.

OBSERVATION XLIV *ter.* — TILLAUX (1) (résumée). — Femme de 37 ans, parfaitement constituée, qui arrivait avec un ventre tellement énorme qu'elle avait peine à respirer. Elle pensait être enceinte depuis cinq mois environ, n'ayant pas été réglée dans cet intervalle de temps.

Mariée en 1873, cette femme a déjà eu quatre grossesses : elle accoucha pour la première fois en 1876 d'un enfant très robuste, mais qui mourut du croup vers l'âge de treize mois. La seconde grossesse, qui eut lieu en 1877, fut gémellaire : ces deux jumeaux ne vécurent que vingt jours. Les deux derniers enfants, deux garçons, nés l'un en 1879, l'autre en 1880 vivent encore et jouissent d'une santé parfaite. Les couches furent toujours faciles, normales, sans accident d'aucune sorte. Cependant, depuis le dernier accouchement, cette femme est devenue très sensible au froid : dès que le ventre se refroidit, il devient gros, douloureux. Peu de temps avant l'entrée à l'hôpital, il prit d'une manière rapide un développement considérable qui, en refoulant le diaphragme, menaçait la malade d'asphyxie : d'après les renseignements fournis par cette femme et les personnes qui l'accompagnaient, on pouvait penser qu'il existait une tumeur remontant à plus de cinq ou six mois.

Cette tumeur était pleine de liquide : sur la plus grande partie de sa surface, il suffisait de percuter légèrement un point quelconque pour donner nettement la sensation de flot vers l'autre extrémité du même diamètre. Toutefois sur une certaine étendue, la consistance n'était plus la même : on avait la sensation d'une saillie distincte, limitée sur ses bords par une espèce de sillon. Cette sensation est exactement celle que donnent souvent certains kystes ovariens multiloculaires ; on était confirmé dans cette pensée par ce fait qu'à gauche, dans une région au moins aussi large que la paume de la main, un coup léger frappé sur la surface de la tumeur ne faisait plus percevoir aussitôt le choc spécial de l'onde liquide sur les doigts appliqués à droite. Cet ensemble de signes rendait peu probable l'hypothèse d'une hydropisie de l'amnios qui fut discutée.

Il est vrai que le lendemain M. Tillaux ne découvrit plus ni saillie, ni sillon, ni différence de résistance ; la tumeur était devenue parfaitement unie et tous les points qu'on percuta sur les deux tiers supérieurs de sa surface donnèrent également lieu au phénomène du flot : ce qui ramenait à la pensée d'une tumeur uniloculaire.

Une opération était devenue absolument urgente. La malade, assise sur son lit, étouffant, violacée, ne pouvant plus ni dormir, ni manger,

(1) TILLAUX. *Gaz. des hôp.*, 14 août 1886.

souffrant beaucoup, était exposée à succomber à l'asphyxie : elle demandait qu'on la soulageât le plus tôt possible.

M. Tillaux, en raison des commémoratifs, des signes constatés, sans rejeter absolument l'hypothèse d'une hydropisie de l'amnios, pensait plutôt que cette tumeur était un kyste de l'ovaire, auquel la grossesse avait donné un coup de fouet qui en avait rendu le développement beaucoup plus rapide.

Une ponction était d'ailleurs l'opération à la fois la plus simple et la plus efficace pour atténuer la gêne de la respiration ; cette ponction fut faite au moyen d'un trocart ordinaire de trousse ; elle donna issue à un liquide très transparent, très clair, d'une couleur légèrement jaunâtre, mais dont la grande limpidité, l'absence complète de viscosité, faisait penser plutôt au liquide de l'amnios qu'à toute autre chose. En conséquence M. Tillaux, tout en laissant couler le liquide, appliqua largement la paume de la main sur la surface de la tumeur ; tout à coup il sentit un choc tel qu'en cause un mouvement fœtal : à peu près au même instant la tumeur entière se durcit, s'arrondit, se contracta, comme fait l'utérus lorsque commence le travail de l'accouchement. La malade d'ailleurs accusait des douleurs semblables aux premières douleurs d'une femme en couches. Cette énorme tumeur, contenant au moins une vingtaine de litres de liquide, était donc bien l'utérus lui-même, ainsi dilaté dès le sixième mois par une hydramnios suraiguë.

M. Tillaux pensa que la meilleure conduite à tenir était de diminuer le liquide amniotique, tout en en laissant encore assez pour que l'enfant y put rester dans des conditions à peu près normales. Après avoir retiré sept litres de liquide amniotique, il enleva vivement le trocart et obtura la piqûre au moyen du collodion. Pour faire cesser les contractions de l'utérus, on fit une injection sous-cutanée d'un demi-centigramme de morphine et on administra un lavement laudanisé. « La malade se trouvait extrêmement soulagée ; elle respirait maintenant à l'aise ; elle pouvait s'étendre dans son lit sans suffoquer ; elle pouvait dormir et manger. Aujourd'hui le mieux se continue. La face n'est plus comme le premier jour, violacée, vultueuse ; mais au contraire, calme et reposée. Les mouvements de l'enfant sont sentis par la mère, plus fréquents, plus forts que jamais. On est donc en droit d'espérer que la grossesse se continuera jusqu'à son terme naturel. »

Elle avorta de deux jumeaux volumineux de 6 mois environ. Il y avait une grande quantité de liquide amniotique. Les membranes ne furent pas examinées spécialement. C'est donc quelque temps (un mois au plus) après la ponction que cette femme accoucha prématurément, l'opération ne semble pas avoir été la cause déterminante de cet accident qu'il est plus rationnel d'attribuer à la grossesse gémellaire et à l'hydropisie de l'amnios.

3. Plaies par armes à feu.

OBSERVATION XLV. — HAYS (1). — Une femme de couleur, âgée de dix-huit ans, enceinte de six mois, fut frappée le 20 juin 1879 par une balle de pistolet, qui avait ricoché à environ 50 mètres de l'endroit où avait été tiré le coup. La balle, qui pesait 8 grammes et demi, pénétra dans la cavité abdominale sur le côté gauche, en entrant obliquement, à 5 centimètres de distance de l'épine iliaque. Il y eut peu d'hémorragie.

Lorsque Hays vit la femme quelques heures après, il trouva une plaie étroite complètement bouchée par l'épiploon. Il était probable, d'après la direction du trajet de la balle, que l'utérus avait été blessé. Les douleurs étaient très vives. L'épiploon fut réduit. Morphine à l'intérieur; cataplasmes laudanisés à l'extérieur.

Le 21 juin, de l'ergotine ayant été donnée pour exciter les contractions utérines, l'enfant fut expulsé avec ses membranes. Celles-ci contenaient peu d'eau; des caillots accompagnèrent le fœtus. *Il avait été traversé de part en part par la balle*; mais celle-ci ne put être retrouvée ni dans les membranes ni dans le placenta.

La femme, d'abord très épuisée, eut une péritonite violente. A partir du 27 juin, son état s'améliora. Le 17 juillet, la menstruation survint. Le 20 juillet, elle était bien guérie et reprenait ses occupations. Le 9 août, Hays la vit vaquer à ses affaires et sans paraître ressentir aucun inconvénient de la balle qu'elle portait dans son économie.

OBSERVATION XLVI. — WRZESNIOWSKI (2). — Une secondipare de trente-quatre ans, arrivée au huitième mois de sa grossesse, fut blessée accidentellement au ventre par son mari, avec un pistolet chargé de plomb. Par la plaie, il s'écoula un liquide sanguinolent, et, des ce moment, les mouvements de l'enfant cessèrent.

La malade, amenée à l'hôpital, est opérée treize heures après l'accident. Laparotomie médiane. On place un lien élastique à la base de l'utérus et on agrandit la perforation faite par le coup de feu, qui siégeait au voisinage de l'embouchure de la trompe droite. Ablation du fœtus et du placenta. Au moment où l'on enlève le placenta, trois grains de plomb tombent. Résection cunéiforme de l'orifice de la blessure; suture de l'incision par trois étages de points séparés à la soie.

(1) G. HAYS. *New-Orleans med. Journ.*, 1879.

(2) WRZESNIOWSKI *Medycyna*, n° 14, 1898, et NEUGEBAUER. *Münch. medic. Woch.*, 1897, n° 19.

Ablation du tube élastique ; toilette du péritoine. Suture de la paroi à deux étages.

L'opération dura deux heures. Les suites opératoires furent compliquées par la suppuration de la ligne des sutures utérines, si bien qu'on fut forcé secondairement de faire une hystérectomie abdominale à pédicule externe. Ensuite la malade se rétablit et est actuellement complètement guérie.

Le cadavre du fœtus portait une blessure de trois quarts de centimètre à gauche *entre les dernières côtes et la crête iliaque*. De même, à gauche, *sur la partie antérieure du thorax, entre la deuxième et la troisième côte*, on aperçoit trois petits trous de la grosseur d'un pois. A l'ouverture du cadavre de ce fœtus, on trouve *le péricarde déchiré et plein de sang ; la pointe du cœur est lacérée* et le doigt peut entrer dans le ventricule gauche, où l'on trouve une bourre en papier ; *les deux oreillettes sont déchirées* également. Dans le péritoine, *le lobe gauche du foie* est atteint et on y trouve un grain de plomb.

OBSERVATION XLVII. — ALBARRAN (1). — G. M..., dix-neuf ans, entrée à l'hôpital Cochin le 2 octobre 1894. — Cette femme, enceinte d'environ quatre mois et demi, s'est tiré un coup de revolver (calibre 8) dans la région ombilicale, à 6 heures du soir. L'orifice d'entrée de la balle siège à la hauteur de l'ombilic et à quatre travers de doigt à droite de lui.

Femme dans un état demi-comateux ; face pâle, corps couvert de sueur, pouls petit, fréquent ; extrémités refroidies ; température 36°,5, ventre légèrement ballonné.

Laparotomie à 11 heures du soir, cinq heures après l'accident. Longue incision médiane commençant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et s'étendant jusqu'à deux travers de doigt du pubis. A l'ouverture du péritoine, écoulement d'une grande quantité de sang mêlé à de la sérosité (2 litres). Éviscération presque complète de l'intestin.

L'examen de l'intestin montre l'existence de quatre plaies vers le tiers supérieur de l'iléon, placées deux à deux, l'une en face de l'autre ; les plaies inférieures étaient séparées des plaies supérieures par un intervalle de 20 centimètres. Après réduction dans le ventre de tout le reste de l'intestin grêle, sauf l'anse malade, résection de toute la portion de l'intestin comprise entre les quatre plaies. Double rangée de sutures muco-muqueuses et séro-séreuses à points de Lambert simples. Une cinquième plaie intestinale, trouvée à 40 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, fut fermée par une entérorraphie transversale. Une hémorragie provenant de la blessure d'une des arcades principales de

(1) ALBARRAN. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 27 février 1895, p. 243.

la mésentérique supérieure fut arrêtée par une suture de la plaie du mésentère.

La malade ayant été mise dans la position de Trendelenburg, on constata sur le fond de l'utérus l'existence d'un orifice à travers lequel passait une anse de cordon ombilical, longue de 45 centimètres; cet orifice donnait issue à une grande quantité de sang.

En renversant l'utérus en avant, on constata qu'il portait encore une autre perforation: le trou de sortie de la balle, situé loin en bas, sur la paroi postérieure et un peu à gauche. Je ne pouvais songer à réduire le cordon et l'extirpation de l'utérus me paraissait trop dangereuse; je pris le parti suivant: après l'avoir bien liée avec de la soie, je réséquai la portion procidente du cordon ombilical et je réduisis le moignon dans l'intérieur de l'utérus; ensuite, je suturai avec de la soie forte les deux orifices que la balle avait faits dans l'utérus.

Nettoyage de l'abdomen. Fermeture après avoir laissé sortir par l'angle inférieur de la plaie deux meches de gaze iodoformée qui plongeaient dans le cul-de-sac de Douglas. L'opération avait duré une heure vingt.

Le 3 octobre, à minuit, expulsion d'un fœtus d'environ quatre mois: il ne présente d'autre lésion qu'une légère ecchymose au niveau de l'omoplate gauche.

Le 10 novembre, la malade se lève; il ne reste plus qu'un petit trajet fistuleux au niveau du drain. Le 20 février, la guérison est complète.

OBSERVATION XLVIII. — ROBINSON (1). — Le 25 août 1894, une femme de dix-huit ans, enceinte de huit mois, est frappée par une balle tirée à une distance de 3 mètres. La balle pénétra dans l'abdomen un peu à droite et au-dessous de l'ombilic. Hémorragie très légère. Une heure après l'accident, le travail commença et la malade fut délivrée à l'aide du forceps.

L'hémorragie qui suivit aussitôt nécessita l'introduction de la main dans l'utérus, et on perçut nettement une ouverture dans la paroi antérieure de l'organe avec une partie des membranes engagées dans cette ouverture où elles étaient fortement pincées. On ne fit aucune tentative pour la libérer; mais les membranes furent déchirées au ras de la plaie utérine et le placenta fut extrait avec la main. Lavage de l'utérus avec une solution chaude de créoline.

L'examen du fœtus montra que la balle avait pénétré au niveau de l'épaule droite et était sortie dans la région iliaque gauche; la balle fut

(1) S. W. ROBINSON. *The Lancet*, 23 octobre 1897, et *Revue de Hayem*, janvier 1898.

retrouvée dans les débris de caillots; elle n'avait donc fait qu'une seule blessure à l'utérus.

L'utérus fut irrigué deux fois par jour avec une solution de créoline, et la guérison eut lieu sans incident. En 1895, la blessée *donna naissance à un enfant vivant; l'accouchement se fit sans difficulté.*

OBSERVATION XLIX. — APPLEWHITE et PERNOT (1). — Femme au neuvième mois de sa grossesse qui tenta de se suicider avec un revolver.

Il s'écoulait de la plaie abdominale un mélange de sérum et de sang. L'examen vaginal fit supposer que la balle avait pénétré dans l'utérus et que l'accouchement était imminent. En effet, onze heures plus tard, cette femme était délivrée d'un enfant vivant.

La balle avait perforé l'utérus et pénétré dans les tissus de l'enfant, qui avait le bras et le menton traversés. L'enfant succomba huit heures après la naissance, probablement à la suite du traumatisme. Quant à la mère, elle guérit après avoir présenté quelques légers symptômes de péritonite.

OBSERVATION L. — ROUSSET (2). — Une balle de fusil traversa l'abdomen et les parois de la matrice d'une femme grosse et tua l'enfant.

La mère, au contraire, survécut à la blessure et en guérit.

OBSERVATION LI. — REICHARD (3). — Une femme, enceinte et à terme, reçut un coup de fusil chargé de plusieurs petites balles, d'où il résulta plusieurs blessures, une, entre autres, du côté gauche de la région hypogastrique. Cette blessure, surtout, donna naissance à une hémorragie abondante, qui fut bientôt suivie d'une syncope. Mais le travail s'étant établi bientôt, et l'accouchement ayant eu lieu spontanément, on constata que l'enfant avait été atteint sous la clavicule droite et qu'il avait une plaie dans laquelle on trouva une chevrotine du volume d'un pois chiche et un morceau de vêtement de la mère.

Malgré leurs blessures, ils guérirent l'un et l'autre; mais *la plaie, restant fistuleuse, fut pendant longtemps le siège d'un écoulement purulent, et*, ce qui est plus extraordinaire, *donna passage au sang des règles.* Cette plaie, qui ne se cicatrisa qu'après trois ans, l'eût été beaucoup plus tôt, si elle n'avait pas été dilatée par une canule qu'on avait jugé utile d'y laisser longtemps.

(1) APPLEWHITE et PERNOT, *Medic. World*, octobre 1892.

(2) ROUSSET, Traité de l'hystéromotokie ou enfentement césarien.

(3) REICHARD in COLOMBAT, *Mal. des femmes*, 1838, t. II, p. 429.

OBSERVATION LII. — BRADLEY (1). — Femme de vingt ans, enceinte de six mois. Se tire un coup de revolver à quatre pouces de l'ombilic. Choc modéré.

Moins de douze heures après l'accident, laparotomie médiane. L'abdomen contient du sang et des débris de vêtements. On trouve une perforation unique siégeant sur le fond de l'utérus, en avant de l'insertion de la corne droite. Pas de trou de sortie ; pas de blessure de l'intestin. La plaie utérine est fermée par trois points de Lembert ; drainage du péritoine.

Le lendemain, expulsion d'un fœtus de six mois, traversé de part en part.

La balle n'a pas été retrouvée. La mère a guéri.

OBSERVATION LIII. — PRICHARD (2). — Une femme de 28 ans, enceinte de 7 mois environ, reçut de son mari, à 7 heures 1/2 du matin, un coup de revolver dans le ventre. A 10 heures, elle fut apportée à l'hôpital de Bristol en état de collapsus complet. A 1 heure, une amélioration s'était produite, suffisante pour que la malade pût répondre aux questions.

La balle avait pénétré 3 pouces au-dessus et 2 pouces en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il n'y avait pas de distension de l'abdomen ; on entendait facilement les bruits du cœur du fœtus ; et comme je n'étais pas certain que la balle eût pénétré dans la cavité abdominale, je résolus d'attendre.

A 6 heures du soir, pouls rapide ; distension abdominale notable.

Opération à 8 heures 1/2 : je fis une incision médiane, partant de l'ombilic et aboutissant à 2 pouces au-dessus du pubis. Tout de suite se montrèrent les orifices d'entrée et de sortie de la balle sur les côtés de l'utérus. Après agrandissement de l'incision de la paroi, section de l'opération césarienne. Le fœtus était mort et avait été, ainsi que le placenta, traversé de part en part. Sans hémorragie, je les enlevai. Comme je ne voulais pas laisser dans l'abdomen un utérus percé de deux trous, je pratiquai l'hystérectomie : le pédicule fut fixé à la paroi à l'aide de broches.

J'examinai l'intestin : 3 anses étaient traversées ; je fermai à la soie ces 6 ouvertures. Une mésentérique fut liée et un courant d'eau boriquée débarrassa le péritoine du sang qui y était répandu. Un tube de verre fut placé dans le Douglas et un drain au niveau du pédicule.

Tout sembla aller bien pendant les 3 ou 4 premiers jours. Au quatrième jour, selle naturelle suivie d'une légère diarrhée. 3 ou 4 drachmes d'un

(1) CH. BRADLEY. *North. American practit.* Chicago, décembre 1890, et *Ann. de gyn.*, t. XXXVII, p. 230.

(2) PRICHARD. *Brit. med. Journal*, 8 février 1896.

liquide d'abord hémattique, puis purulent, sont aspirés au niveau du drain. On saupoudre le pédicule avec de l'acide borique.

Dans l'après-midi du 29 janvier, une semaine après l'opération, collapsus et mort.

A l'autopsie, on constata que la mort était due à une péritonite localisée en 3 ou 4 foyers autour des orifices de sortie de la balle.

L'inspection du fœtus avait montré que la balle avait pénétré dans la colonne vertébrale et était ressortie au niveau des cartilages costaux, après avoir traversé la plèvre, le diaphragme et le foie.

OBSERVATION XIV. — Kehr 1. — Une femme, arrivée au cinquième mois de sa grossesse, se firent une balle de revolver dans le ventre. La plaie extérieure était située au-dessous de l'ombilic et à sa droite.

Bien qu'il n'existât pas de symptômes graves immédiats, Kehr pratiqua la laparotomie 6 heures après la tentative de suicide : il trouva une plaie dans la paroi antérieure de l'utérus, à 4 travers de doigt au-dessous du fond. A la paroi postérieure de l'utérus, on ne voyait pas d'orifice de sortie.

La plaie utérine fut réunie avec des sutures et on ferma la cavité abdominale par les procédés ordinaires.

La malade guérit parfaitement et put quitter le lit le 12^e jour. Deux jours plus tard, cependant, elle accoucha d'un fœtus de 5 mois, qui n'avait pas été lésé par la balle, laquelle, du reste, ne put être retrouvée. On éprouva quelques difficultés à extraire le placenta, qui semblait adhérer fortement au point où la balle avait pénétré.

Quoi qu'il en soit, la malade guérit rapidement et elle était tout à fait bien 14 jours après l'avortement.

1) Kehr. *Centralbl. für Chirurgie*, 1893, n^o 29.

DEUXIÈME PARTIE

PLAIES DE DEDANS EN DEHORS

A. — PLAIES PAR CATHÉTÉRISME OU CURETTAGE

OBSERVATION LV. — Pozzi (inédite). — M..., 27 ans, entrée le 27 janvier 1901, salle Huguier, lit n° 53.

Opération le 24 février 1900.

Tumeur rétro-utérine donnant au premier abord l'impression d'un fibrome de la paroi postérieure ; néanmoins, à un examen plus attentif, on délimite d'une façon nette le fond de l'utérus au-devant de la tumeur : l'indépendance de la masse située dans le Douglas apparaît plus évidente encore sous l'anesthésie chloroformique.

Diagnostic : tumeur annexielle, peut-être suppurée, adhérente à l'utérus.

La malade étant préparée pour l'hystérectomie vaginale, hystérométrie ; l'hystéromètre s'enfonce à 24 centimètres, sans aucun effort ni aucune sensation de rupture.

On diagnostique une perforation du fond de l'organe.

Hystérectomie vaginale par hémisection antérieure, rendue difficile par la friabilité excessive de l'utérus ; il se déchire sous les pinces à traction : une partie de l'organe ne peut être enlevée en totalité du côté gauche.

Les annexes sont ensuite explorées ; kystiques, adhérentes et friables, elles sont libérées avec la plus grande difficulté et amenées au dehors ; on crève chemin faisant une poche séreuse, une autre remplie d'une matière jaunâtre et gélatineuse, reste probable d'une suppuration ancienne.

Dans l'impossibilité de pédiculiser complètement les annexes, on est contraint de les extirper partiellement en plaçant une pince sur chacune d'elles, et aussi haut que possible. Aucun suintement sanguin. Mèche centrale de gaze iodoformée. Petite mèche latérale de gaze aseptique pour garantir le vagin contre les pinces. Sonde à demeure dans la vessie.

Sur l'utérus enlevé, on ne peut retrouver tout à fait nettement la perforation, les pinces à traction ayant fortement déchiré le tissu. Un fragment est prélevé pour l'examen histologique.

Suites opératoires simples. Sort le 23 mars.

Examen histologique (dû à M. le Dr Latteux) : tissu jaunâtre, ramolli.

Sur une coupe au niveau de la perforation, nous trouvons :

1° Le tissu musculaire présentant des éléments dans lesquels les noyaux ont subi une sorte de régression et se colorent fort mal ;

2° Un tissu conjonctif interstitiel abondant et formant entre les faisceaux musculaires des masses plus ou moins étendues, au milieu desquelles apparaissent d'abondantes cellules embryonnaires, diffuses ou groupées en petits îlots.

Mentionnons enfin les vaisseaux autour desquels les phénomènes de sclérose se montrent particulièrement accentués.

Nous avons fait des coupes dans plusieurs régions de l'organe et rencontré partout les mêmes altérations.

OBSERVATION LVI (inédite), due à l'obligeance de notre collègue LE NORMANT. — Au mois d'avril 1900, dans le service de M. Gérard Marchant, à l'hôpital Boucicaut, l'utérus d'une malade se trouve perforé au cours du curettage préliminaire à une hystérectomie vaginale. L'instrument employé était la curette de Récamier. On acheva le curettage, sans faire d'irrigation intra-utérine.

L'hystérectomie fut pratiquée sans incident. Sur l'utérus enlevé, on constate que la perforation siège sur la paroi postérieure, à deux travers de doigt du fond de l'utérus. Elle se présente sous forme d'une fente en fer à cheval reproduisant la section de la curette, à bords un peu mâchés, et s'accolant spontanément sans perte de substance. On a l'impression qu'aucun liquide n'aurait pu passer de l'utérus dans le péritoine.

Suites opératoires parfaitement simples.

OBSERVATION LVII. — JAYLE (inédite). — Louise A..., âgée de 21 ans, entrée le 15 mai 1899 dans le service du Dr Pozzi, à l'hôpital Broca.

Curettage et laparotomie pratiqués par M. Jayle, le 12 juillet 1900

Tout au début du curettage pour endométrite, l'utérus a été perforé par la curette de Sims. — Il semble que la perforation ait eu lieu au niveau de l'isthme. Comme il existe des lésions annexielles indiscutables, que la laparotomie n'avait été que retardée pour ainsi dire, la malade est d'emblée préparée pour cette dernière opération.

Incision de 5 à 6 centimètres, que l'on est obligé d'agrandir jusqu'à 8 ou 9 : les annexes des deux côtés sont malades. A droite, la trompe

est saine, mais l'ovaire est kystique, et c'est à son niveau que la malade souffrait le plus. La trompe est laissée, après avoir été débarrassée de ses adhérences, et l'ovaire est enlevé isolément.

A gauche, la trompe qui est oblitérée est enlevée. — L'ovaire est réséqué d'un quart. — Un gros kyste sanguin, gros comme une noisette, existait à ce niveau.

On place une mèche dans le cul-de-sac postérieur.

Suture à 3 plans avec suture intra-dermique.

On a constaté que la perforation ne siégeait pas au niveau de l'isthme, mais près de la corne gauche, sur la face postérieure. — Elle était à peine visible, les lèvres s'étant rétractées. — On n'a fait en conséquence aucune suture.

Suites opératoires simples. — La malade sort le 7 août, en parfait état.

OBSERVATION LVIII. — JAYLE (inéдите). — M^{me} F..., âgée de 19 ans, opérée en décembre 1900, dans le service de Pozzi, à l'hôpital Broca, salle Huguier, n° 56.

Opération par Jayle le 6 décembre 1900. — Cocaïne lombaire.

Curettage pour métrorrhagie consécutive à un accouchement survenu il y a 2 mois. La curette de Sims ramène beaucoup de débris. La dilatation de l'utérus a été remarquablement facile avec le dilateur d'Edlinger. La remarque en a été faite.

Suintement sanguin assez notable. A un moment, la curette perfore l'utérus dans le fond, à la partie antérieure, semble-t-il. On retire aussitôt l'instrument et on recommence la même manœuvre pour savoir si, oui ou non, l'utérus est bien perforé. La curette pénètre à nouveau. L'hystéromètre de même. La perforation n'est pas douteuse.

Pas de lavages ni de cautérisation. — Un drain pris à un tube de Martin est mis dans l'utérus — 2 mèches vaginales.

Le tube est retiré le 3^e jour. — Suites simples.

OBSERVATION LIX. — Pozzi (inéдите). — M^{me} G..., de la Nouvelle-Orléans, 45 ans, opérée le 15 juin 1893.

Dernière grossesse il y a 10 ans.

Cette malade est atteinte depuis plusieurs années de ménorrhagies qui l'ont amenée à un état d'affaiblissement considérable. Elle a dû être plusieurs fois tamponnée.

Elle est maigre, pâle et souffre de battements de cœur, de gastralgie et de neurasthénie.

L'examen local ne permet de reconnaître aucune lésion marquée des annexes ni de l'utérus. Pas de tumeur. Simple rétrodéviation. Léger catarrhe utérin. Absence de tout antécédent infectieux. On diagnosti-

que une endométrite favorisée sans doute par la ménopause. On décide le curettage.

Celui-ci est pratiqué le 15 juin 1893.

Dilatation extemporanée du col.

La curette mousse est introduite; à peine a-t-on commencé les manœuvres du curettage que les parois utérines cèdent, quoique la pression ait été très modérée, et la curette pénètre visiblement dans l'abdomen.

Vu l'âge de la malade qui permet de sacrifier l'utérus sans inconvénient, on se décida immédiatement à faire l'hystérectomie. Elle est pratiquée rapidement à l'aide de ligatures à la soie.

Suites opératoires très simples. La malade a été longtemps encore neurasthénique, mais s'est peu à peu fortifiée et jouit actuellement d'une excellente santé.

Revue en 1899.

Examen de la pièce. — L'utérus de volume normal présente une couleur brunâtre et une consistance très faible. L'aspect de son tissu rappelle absolument celui de la dégénérescence graisseuse du cœur. — Il suffit d'une légère traction pour le dilacérer.

La perforation, petite, siégeait sur le fond de l'utérus au niveau d'une corne. La muqueuse n'était ni épaissie, ni ramollie. Les ovaires étaient scléro-kystiques.

L'examen histologique n'a pas été fait.

OBSERVATION LX. — JAHREISS (résumée) (1). — Manœuvres de libération d'une tumeur avec l'utérus. — L'auteur se servait d'une sonde qui, tout à coup, pénètre profondément: il s'agissait d'un utérus sénile atrophique.

Phénomènes de réaction péritonéale (Élévation du pouls et de la température. — Météorisme. — Rétention d'urine), qui durent 3 jours. — L'auteur les explique par ce fait que la sonde était simplement trempée dans une solution phéniquée, mais non stérilisée.

Laparotomie le 4^e jour; on ne trouve pas l'orifice de la perforation, mais une zone à la surface de l'utérus, où le péritoine est épaissi et rouge.

Suites simples.

OBSERVATION LXI. — JAHREISS (2) (résumée). — Curettage pratiqué pour abondantes métrorrhagies chez une femme ayant avorté plusieurs

(1) JAHREISS. *Centralblatt. für gyn.*, 1898.

(2) *Ibid.*

mois auparavant. — On trouve l'utérus de dimensions normales ; pas anormalement friable. — L'hystéromètre s'enfonce brusquement à une grande profondeur sans résistance appréciable. Il le retire, le réintroduit avec précaution : même résultat. — L'auteur remarque qu'il n'entre pas suivant une direction rectiligne, mais se dirige un peu à droite. — *Il pense à un cathétérisme de la trompe.*

Le curettage est terminé, et l'injection intra-utérine pratiquée comme à l'ordinaire. — Convalescence normale.

OBSERVATION LXII. — JAHREISS (1) (résumée). — Curettage pratiqué 14 jours après un avortement, chez une secundipare très anémiée. — Consistance et volume de l'utérus normaux. — De gros débris placentaires sont extraits. — Tout à coup, sans résistance, la curette pénètre jusqu'au manche. *Violente hémorragie.* — Tamponnement. — Glace sur le ventre. — Repos. — Le lendemain, ablation du tamponnement. — Guérison. — On n'a pas observé d'autre accident que quelques douleurs dans le ventre.

(Dans ce cas, l'auteur, se basant sur l'hémorragie, croit à la perforation).

OBSERVATION LXIII. — CITTADINI (2). — M^{me} D..., 42 ans, réglée à 18 ans ; menstruation normale : cinq accouchements, le dernier il y a 4 ans ; tous normaux, le dernier en présentation du siège. — Six fausses couches : la première remonte à 12 ans ; elle se produisit à 4 mois de gestation, quinze jours après une chute ; on dut intervenir pour extraire de l'utérus un fragment placentaire. — La deuxième, datant de huit ans, à six semaines, fut également provoquée par une chute.

Les quatre autres, spontanées, datent respectivement de cinq ans, trois ans, dix-huit mois et trois mois. Cette dernière, survenue à deux mois et demi de grossesse, débuta par une hémorragie spontanée, suivie, au bout de trois jours, de l'expulsion imparfaite du produit. Il persista des métrorrhagies abondantes, qui résistèrent aux tamponnements vaginaux répétés, aux injections intra-utérines, à l'ergot de seigle. Malgré des amendements momentanés, l'état général allait s'affaiblissant, et le curage fut décidé. Le col est béant, l'utérus mollassé, non douloureux, volumineux ; les annexes saines.

L'opération est laborieuse : le placenta, bien vivant, très résistant, et comme fibreux, adhère à la paroi postérieure, très ramollie. Il ne peut être détaché à la curette mousse qu'au prix de grands efforts. A

(1) *Ibid.*

(2) *Société belge de gyn. et d'obst.*, 27 novembre 1892.

un moment donné, on sent brusquement un manque absolu de résistance. L'instrument venait de perforer la paroi, au niveau de la face postérieure: on l'enfonce prudemment pour mieux s'en rendre compte, et l'on vient buter contre l'angle sacro-vertébral. On achève du mieux qu'on peut la dénudation de la cavité utérine, en respectant le point lésé. On fait le lavage consécutif sans s'inquiéter de la perforation, le retour du liquide étant largement ménagé par la sonde, et estimant qu'une des principales préoccupations après cet accident devait être d'assurer la parfaite asepsie de l'utérus. C'est dans ce but, autant que pour assurer l'occlusion de la brèche en stimulant la musculature utérine, qu'on tamponna hermétiquement l'utérus à la gaze iodoformée.

La malade guérit sans réaction. Le cathétérisme, pratiqué quatre semaines après l'intervention, ne permit pas de retrouver trace de perforation.

OBSERVATION LXIV. — CITTADINI (1). — M^{me} T..., 30 ans, menstruée à 15 ans; depuis trois ans, règles mensuelles, peu abondantes, s'accompagnant de vives douleurs expulsives (coliques utérines) — trois accouchements, le dernier il y a cinq ans. Pas de fausse-couche; — souffrait depuis son dernier accouchement d'endométrite cervicale; fut traitée pendant plusieurs mois par des cautérisations répétées au nitrate d'argent. Il y a deux ans, elle consulta un spécialiste qui, constatant déjà sans doute la sténose cervicale, conseilla l'hystérectomie. La malade s'y refusa. Elle subit quelques mois plus tard une discision qui fut suivie d'une grande amélioration des phénomènes dysménorrhéiques. Depuis six mois, les douleurs sont revenues plus vives que jamais et l'écoulement menstruel ne se fit plus que goutte à goutte. Lorsque l'auteur l'examina il constata un utérus petit, mobile, en position normale, — légèrement douloureux, et des annexes saines. L'orifice du col, punctiforme, permettait à peine l'introduction du cathéter qui butait obstinément contre les cicatrices du trajet cervical. La sténose s'était donc réinstallée. On résolut de rétablir simplement la lumière du canal. — Après chloroformisation, le col, abaissé et fixé, est exploré à l'aide d'une petite sonde cannelée filiforme. Le passage fut difficile, en s'aidant du palper bimanuel, pour s'éclairer sur la situation exacte de l'axe utérin, soudain l'instrument pénètre profondément en arrière et à droite. L'utérus avait été perforé à l'union du corps et du col, et le stylet émergeait de la face postérieure de l'utérus, pénétrant dans le Douglas, comme il était facile de s'en ren-

(1) *Société belge de gyn. et d'obst.*, 27 novembre 1892.

dre compte par le palper bimanuel. L'instrument ramené dans le trajet cervical, on fit une large discision aux ciseaux, et l'on put achever la dilatation aux bougies de Hegar. Le palper bimanuel montrait l'utérus petit, en antéverson, et le dilatateur introduit sur une profondeur de 6 centimètres dans l'axe du corps, on sentait parfaitement qu'il en occupait toute la profondeur. On fit, à ce moment, une exploration très douce de la face postérieure au cathéter utérin et l'on parvint à retrouver l'orifice de la perforation, à travers lequel l'instrument pénétra brusquement avec un léger ressaut, dans la couche péritonéale. Il fut introduit à une profondeur de 15 centimètres. Le corps utérin étant amené derrière le pubis, on sentait, au palper bimanuel, l'instrument se détacher de sa face postérieure et se mouvoir en tous sens, au milieu de masses élastiques et mollasses, les anses intestinales. Le bouton de l'instrument pouvait, avec la plus grande facilité, être amené au contact de la paroi abdominale, au travers de laquelle on le percevait nettement à des niveaux variables. On acheva la discision en introduisant, dans le canal cervical béant, un bistouri boutonné jusqu'au-dessus de l'orifice interne et pratiquant trois profondes sections longitudinales que l'on cautérisa au perchlorure de fer pour en empêcher la réunion primaire. Tamponnement très dense à la gaze iodoformée. — Les suites opératoires furent normales. Actuellement encore, la lumière du canal se maintient bien. La dysménorrhée a complètement disparu, la perforation ne se retrouve plus.

OBSERVATION LXV. — HAVEN (1) (résumée). — Avortement à six mois. Eclampsie. Rétention placentaire.

Dix jours après, premier curettage qui ramène des débris de délivre; néanmoins, un mois après, les hémorragies reparaissent, elles se manifestent encore 16 jours après, et conduisent à pratiquer un deuxième curettage.

Le col étant dilaté, la curette entre sans aucune difficulté: du côté de la corne droite, sans aucune violence, elle s'enfonce jusqu'au manche.

Le lendemain de l'accident, la malade est transportée à Boston.

Laparotomie. — On trouve la rupture, intéressant la face antérieure de l'utérus, et s'étendant, au voisinage du ligament large, de la corne au col. Aux extrémités, on remarque de petits noyaux sphacéliques.

Réséction des lèvres de la plaie utérine; celle-ci est réunie par 4 points profonds, et 3 superficiels, les uns et les autres à la soie. Les premiers jours, le pouls reste rapide et la température élevée; mais au bout de 20 jours, l'un et l'autre sont redevenus normaux.

Suites simples.

(1) *Boston med. Journal*, 1892.

OBSERVATION LXVI (1). — HOFFMANN, de Philadelphie (résumée). — Curettage pour rétention placentaire. Perforation. Procidence de l'épiploon à l'orifice externe du col. Quatre heures après, laparotomie. Toilette du péritoine, suture de la plaie, guérison.

OBSERVATIONS LXVII et LXVIII. — FRANCIS HAYNES (2) (résumées). — Curettage deux mois après l'accouchement pour rétention placentaire. Un aide avec la main sur l'abdomen sent l'extrémité de la curette. Douleurs vives; collapsus; pouls à 140.

Suites. — Pelvi-péritonite. Intoxication mercurielle, rétablissement pénible.

Curettage pour endométrite non puerpérale. Orifice résistant à parois minces, dures. Dilatation avec la pince clamp courbe. Introduction forcée de la curette. Elle pénètre à 8 pouces. On prépare tout pour une laparotomie.

Légère douleur et élévation thermique, mais bon pouls. Cinq heures après, toucher : dans le cul-de-sac postérieur, léger empâtement, qui disparaît en 24 heures. Pas de troubles ultérieurs. Par précaution la malade est tenue alitée une semaine. Un mois après, le curettage peut être fait dans les conditions ordinaires.

OBSERVATIONS LXIX, LXIX *bis*, LXIX *ter*. — CERNÉ (3) (résumées). — L'auteur opère par voie vaginale une jeune femme atteinte d'un pyosalpinx d'origine blennorrhagique ; se sachant pas s'il enlèvera l'utérus, il fait d'abord la dilatation et le curettage. L'utérus est petit ; la femme n'a jamais eu d'enfant : rien ne peut faire soupçonner la friabilité.

Dans sa moitié gauche, en effet, l'utérus semble résistant ; mais à droite la curette (elle est de petites dimensions) s'enfonce soudain sans effort appréciable. On pratique la castration totale.

Examen de la pièce. — L'utérus est manifestement plus friable à droite ; c'est le côté des annexes malades : la muqueuse y est plus rouge, plus boursouflée. Le trajet de la perforation traverse obliquement la face postérieure, pour aboutir près du fond de l'utérus.

L'auteur observe cet accident pour la troisième fois.

La première, il s'agissait d'un utérus très rebelle à la dilatation ; la

(1) *Amer. Journ. of obstetrics*, novembre 1890.

(2) *Amer. Journal of obstetrics*, nov. 1890.

(3) *Société de méd. de Rouen*, 9 juillet 1894. *Normandie méd.*, 1^{er} juin 1895.

sensation de perforation avait été très obscure : l'utérus était peu malade; il n'y eut pas d'accidents.

La seconde fois, un utérus très gros, très mou, était cureté préliminairement à une salpingectomie droite : il y eut après la perforation une poussée péritonitique locale, et les annexes gauches sont restées malades depuis.

OBSERVATIONS LXX et LXXI. — DESCAMPS. — CHALOUX (1) (résumées). — Descamps signale sans commentaire un cas de perforation : il a simplement tamponné à la gaze iodoformée. Guérison.

Chaloux a vu un utérus perforé par une simple sonde en gomme n° 14; il s'ensuivit une poussée de pelvi-péritonite qui dura 15 jours.

OBSERVATION LXXII. — OBRECHT (2) (résumée). — St..., âgée de 29 ans; elle a eu 5 enfants à terme; 3 avortements. Le 13 juillet, avortement très jeune, terminé à la curette. Rétroflexion aisément réduite, et maintenue avec un pessaire de Hodge. Le 6 août, métrorrhagie abondante; douleurs pelviennes. Elle entre à la clinique le 17 août.

Curettage, anesthésie. On procède ensuite à la ventro-fixation. Une sonde est placée dans l'utérus pour l'élever à l'hypogastre, avant même d'inciser la paroi. Le ventre ouvert, on constate avec le plus grand étonnement que la sonde émerge de 5 centimètres hors de l'utérus. Cette perforation s'est produite sans la moindre sensation de résistance vaine.

Suites opératoires parfaitement simples.

OBSERVATIONS LXXIII et LXXIV. — LANNELONGUE (de Bordeaux) (3) (résumées). — Femme de 64 ans. — L'auteur, au cours d'un curettage, fait au fond de l'utérus une perforation qu'il ne reconnaît pas tout d'abord; il s'aperçoit seulement, au moment où il pratique l'injection intra-utérine consécutive, que le liquide ne revient pas. Hystérectomie vaginale séance tenante. Guérison.

Endométrite cervicale. Curettage. Perforation de l'angle gauche de l'utérus; à la suite de cet accident, petitesse du poulx, et bientôt après vomissements, collapsus. Mort. A l'autopsie, on trouve la perforation utérine, et une collection purulente dans le petit bassin.

(1) *Société de méd. de Rouen*, 9 juillet 1894. *Normandie méd.*, 1^{er} juin 1895.

(2) OBRECHT. *Centralbl. f. gyn.*, n° 49, p. 1442.

(3) Cité par DUMONT. *Loc. cit.*

OBSERVATION LXXV. — BATUAUD (1) (résumée). — Chez une malade ayant antérieurement subi des séances de galvanocaustique intra-utérine (hautes intensités), un curettage est pratiqué : on s'aperçoit au moment de l'injection intra-utérine que le liquide ne revient pas.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée : elle permet de reconnaître une perforation parfaitement cylindrique du fond de l'utérus.

OBSERVATION LXXVI. — SCHWARTZ (2) (résumée). — Utérus en rétroflexion : la dilatation préliminaire à la réduction est faite avec une tige de laminaire. Cette tige est introduite complètement dans l'utérus, de manière que son talon bute sur le col.

L'utérus dilaté, une tige mousse est introduite dans la cavité, dans le but de tenter doucement la réduction. Mais la tige s'enfonce brusquement, et si profondément qu'on peut sentir son extrémité au voisinage de l'ombilic.

Dans le but de suturer, si possible, la perforation évidente, la laparotomie est pratiquée. On trouve en outre une grossesse extra-utérine rompue. Hystéropexie. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION LXXVII. — HICKMAN (3) (résumée). — Trois mois après l'accouchement, on pratique un curettage préliminaire à la trachelorrhaphie d'Emmet. Ce curettage est commencé avec une grosse curette, achevé avec une plus petite, mais toujours très doucement. Une sonde est introduite ensuite pour pratiquer une irrigation intra-utérine avec une solution au 100° de créoline dans de l'eau stérilisée. A ce moment la sonde perce sans violence le fond de l'organe, qu'on cherchait à sentir, et, bien qu'on la retire au plus vite, une demi-once environ du liquide passe dans le ventre. L'auteur fait néanmoins l'opération plastique sur le col : il remarque pendant cette petite intervention l'état mou et saignant du tissu cervical.

Les jours suivants, tout se passe de la manière la plus normale, sauf un peu de sensibilité du côté droit (siège de la perforation).

OBSERVATION LXXVIII. — QUEISNER (4) (résumée). — L., âgée de 42 ans ; couches et suites de couches normales : elle se plaint de pertes de sang revenant environ tous les 15 jours, et de douleurs pelviennes déjà anciennes.

(1) BATUAUD. *Revue médico-chirurg. des mal. des femmes*, 25 décembre 1894.

(2) SCHWARTZ. *Revue médico-chirurg. des mal. des femmes*, 1894, p. 539.

(3) *Medical News*, 2 mars 1895.

(4) *Centralbl. f. gyn.*, 7 juillet 1898.

A l'examen, on trouve l'utérus rétrofléchi, gros et mou; des adhérences solides en arrière rendent sa réduction impossible. Après une dilatation rapide, et réalisée sans grand effort, le doigt introduit dans l'utérus sent une muqueuse épaissie, irrégulière; en avant, 2 petits polypes à court pédicule, gros comme des pois.

Pour mesurer ensuite la longueur de cet utérus, on introduit une sonde : celle-ci ne pénètre qu'à 10 centimètres. L'auteur est donc grandement étonné quand la sonde de Bozeman, introduite ensuite, entre sans efforts aux trois quarts de sa longueur.

L'instrument, un peu incliné à droite, permet un instant de supposer qu'on s'est engagé dans une trompe; mais la main posée à plat sur le ventre sent le bec de l'instrument.

Le curettage est différé : on enlève la sonde; tamponnement à la gaze; opium, glace sur le ventre : la malade ne se plaint que d'une légère douleur à irradiations lombaires.

Le 5^e jour, la malade se lève, la guérison se maintient, grâce à un pessaire de Hodge.

OBSERVATION LXXIX. — ROSENFELD (1) (résumée). — Femme de 32 ans, trois enfants; deux fausses couches; le dernier accouchement date d'un an et demi; déchirure périnéale ancienne et prolapsus.

Le 2 décembre 1897, Proschownick cathétérise l'utérus, qui est trouvé d'une longueur de 7 à 8 centimètres, et rétrofléchi; puis, tout à coup, la sonde entre à 15 centimètres.

L'opérateur, dont l'intention était de pratiquer le curettage, suivi d'amputation du col et de colporaphie, continue néanmoins l'opération; au cours de celle-ci, et pour la seconde fois, il pénètre à 16 centimètres, cette fois avec une petite curette. On sent très nettement sous la paroi du ventre la cupule de celle-ci.

On pratique alors la vésico-fixation de l'utérus, la colporaphie, puis l'amputation du col. Au cours de cette dernière opération, le péritoine se trouve ouvert.

On en profite pour sentir en arrière et vers le fond de l'utérus une fente de 6 millimètres environ, que l'on suture au catgut. Il n'y a plus d'un dé à coudre de sang dans le Douglas : pas de caillots.

Suites opératoires simples.

OBSERVATION LXXX. — FOURCAUD (2) (résumée). — Présentation d'un utérus perforé sur sa paroi postérieure pendant un curettage. On fit aussitôt l'hystérectomie vaginale. La malade est complètement guérie.

(1) *Centralbl. f. gyn.*, 19 mai 1898.

(2) *Société d'anat. et de phys. normales et pathol. de Bordeaux*, 8 juin 1891.

OBSERVATION LXXXI. — CASSAËT (1) (résumée). — Un gynécologue, ayant perforé l'utérus avec une curette, vit celle-ci s'enfoncer si profondément, qu'elle ne put être ressaisie qu'avec de longues pinces. Le médecin, étant sûr de son antiseptic, laissa les choses en l'état sans recourir à une intervention plus importante. La malade guérit.

OBSERVATION LXXXII. — JAYLE (2). — X..., 38 ans. Accouchement il y a un mois environ. Depuis pertes abondantes et continues.

État actuel : anémie considérable.

Curettage, pratiqué en ville par un praticien ordinaire, sous chloroforme. L'opération a été faite avec vigueur, mais la curette n'a pas, à un instant donné, pénétré brusquement dans la cavité abdominale, comme si l'utérus s'était tout à coup laissé perforer. A la fin du curettage, l'opérateur put enfoncer son instrument jusqu'au manche, et se crut dans une cavité utérine très agrandie. Écouvillonnage, deux fois répété à la glycérine créosotée. Lavage intra-utérin au sublimé à 1/1000^e : le liquide ne ressort pas, mais l'opérateur n'y prend pas garde. A ce moment, et bien qu'endormie, la malade pâlit brusquement et les traits s'altèrent tout à coup pour prendre le type du facies péritonéal. L'injection intra-utérine a été faite brusquement, et, sans exagérer, on peut évaluer à 600 grammes environ la quantité de liquide introduite dans l'abdomen. Irrigation vaginale terminale et pansement.

Durée de l'opération : une heure.

A son réveil (9 h. 40 du matin), la malade est pâle, ses tempes sont couvertes de sueur et sa peau est froide. Elle se plaint de vives douleurs abdominales, principalement dans le petit bassin et les flancs.

A midi, douleurs abdominales excessives, nausées et quelques vomissements ; faiblesse extrême. Pouls filiforme, ventre un peu ballonné, excessivement douloureux.

A deux heures, perte de connaissance ; extrémités froides.

Mort à trois heures, six heures et demie après l'injection intra-péritonéale de sublimé.

OBSERVATION LXXXIII. — COURANT (3) (résumée). — Au cours d'un curettage, la sonde entre à 23 centimètres. Hémorragie. Le lendemain, on fait la laparotomie ; on trouve une perforation de la face postérieure, de l'utérus, et une cuillerée de sang noir dans le Douglas. En faisant remuer l'utérus, la plaie saigne de nouveau.

(1) *Ibid.*

(2) JAYLE. La septicémie puerpérale aiguë post-opératoire. *Thèse*, Paris, 1895.

(3) Cité par BROTHERS. *Amer. Journ. of obstetrics*, 1888, p. 446.

OBSERVATION LXXXIV. — GLAESER (1) (résumée). — Femme jeune, vue 3 mois après l'accouchement, pour des métrorrhagies, avec un léger abaissement de l'utérus. Au cours du cathétérisme, la sonde, bien que tenue très délicatement entre le pouce et l'index, s'enfonce jusqu'au manche sans aucune résistance.

Y a-t-il perforation ou cathétérisme tubaire ? L'auteur, pour l'élucider, recommence la même manœuvre. Comme l'utérus saigne, il fait l'hystérectomie vaginale.

Sur la pièce, on trouve près de l'orifice de la trompe gauche, quatre perforations, dont deux réunies par une fente.

On note la différence de consistance entre le col, normalement résistant, et le fond de l'utérus, tellement mou et friable qu'il s'effondrait sous la simple pression du doigt. La seule couche offrant une certaine résistance était le revêtement péritonéal.

OBSERVATION LXXXV. — MERKLEN et JACOMET (2) (résumée). — *Un cas de cancer latent du corps de l'utérus*. — Femme de 58 ans ; un an auparavant, elle a subi l'ablation aisée d'un polype. Néanmoins les pertes ont continué. A l'examen, on trouve un utérus petit, indolore.

On décide le curettage, précédé de dilatation par les lamineaires ; celles-ci entrent à 3 centimètres, puis rencontrent une résistance.

Immédiatement avant l'opération, on introduit prudemment jusqu'au fond un dilatateur à 3 branches. On constate ensuite que l'hystéromètre n'est plus arrêté au fond de l'utérus.

Devant l'évidence de la perforation, on se borne à placer une mèche dans l'utérus. En changeant celle-ci, on voit sortir du col de petites masses noirâtres. L'examen histologique y montre des traînées épithéliales.

Cette constatation, jointe à la persistance du suintement sanguin, a conduit à pratiquer rapidement l'hystérectomie vaginale.

OBSERVATIONS LXXXVI et LXXXVII. — BEUTTNER (3) (résumées). — Femme de 24 ans, ayant avorté pour la deuxième fois 3 mois avant. Métrite et rétroflexion ; on se propose de curetter et de réduire la flexion.

Anesthésie par l'éther. Réduction. Par la sonde, qui pénètre à 7 centimètres ; on fait ensuite la dilatation avec les dilateurs de Schultze, que l'on pousse jusqu'au n° 10. Le dernier, introduit sans violence, pénètre à 14 centimètres.

(1) Perf. ut. et cath. de la trompe. *Centralbl. für gyn.*, 12 février 1898, p. 139.

(2) *Bulletin de la Société anat.*, 1898, p. 180.

(3) O. BEUTTNER. *Centralbl. für gyn.*, 1897, n° 42, p. 1271.

On s'empresse de le retirer ; l'utérus, examiné par le toucher combiné à la palpation, apparaît de volume normal. L'expérience est renouvelée 4 fois. On pratique néanmoins le curettage ; l'utérus saigne fort ; injection de sublimé au 10/1 000^e ; mèche iodoformée.

Suites simples ; guérison maintenue avec un pessaire.

Femme de 30 ans, atteinte de rétroflexion et annexite gauche. Réduction du déplacement maintenue par un pessaire ; six semaines après, avortement ; rétention, métrite hémorragique. Le curettage est pratiqué six semaines plus tard. Dilatation avec le dilateur de Schultze, qui pénètre à 8 centimètres et perçoit à cette distance la résistance du fond. La sonde, introduite ensuite, s'enfonce de 20 centimètres. On retire l'instrument pour faire le toucher combiné à la palpation. *L'utérus est trouvé petit et antéfléchi*. On fait le curettage, qui s'accompagne d'une très forte hémorragie. Injection de sublimé. La guérison est retardée par une intoxication mercurielle confirmée (diarrhée, douleurs gingivales, quelques plaques aux bords de la langue).

OBSERVATION LXXXVIII. — GEBHARD (1) (résumée). — Intoxication mortelle par le sublimé, due au passage de la solution dans le péritoine, à travers une perforation utérine. A l'autopsie, ulcération intestinale et péritonite par perforation. Une des causes de la perforation résidait dans la petitesse de l'utérus, dont on n'avait pas tenu compte.

OBSERVATION LXXXIX. — WINTER (2) (résumée). — Malade hystérectomisée pour perforation au cours d'un curettage pour fibrome. Pédicule extrapéritonéal. Guérison.

OBSERVATION XC (3). — DEMARQUAY. — *Cancer du corps de l'utérus. Cathétérisme interne ; perforation de l'utérus par la sonde ; aucun accident*. — Il s'agit d'une femme de 60 ans qui avait des hémorragies passives de l'utérus sans douleur. Soupçonnant la présence d'une tumeur dans la cavité utérine, M. Demarquay se décida à pratiquer le cathétérisme utérin. L'hystéromètre s'enfonça très profondément, traversa la paroi utérine sans que l'opérateur sentit la moindre résistance, et l'on put constater que son bouton arrivait au-dessous de l'ombilic et

(1) *Société obst. et gyn. de Berlin*, 9 janvier 1891. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1891, p. 979.

(2) *Société obst. et gyn. de Berlin*, 14 novembre 1890. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1891, p. 973.

(3) Cette observation et les suivantes, jusqu'au n° CIV inclusivement, sont empruntées à la thèse de LENOIR. Paris, 1898.

butait contre la paroi abdominale. M. Demarquay fut d'abord très effrayé, mais il ne survint heureusement aucun accident.

Quelques mois plus tard, cette femme succombait avec tous les signes d'un cancer du corps de l'utérus.

OBSERVATION XCI. — RABE RUCKHARDT et LEHMUS. — *Cathétérisme utérin pratiqué un mois après l'accouchement, rétroflexion de la matrice; péritonite tuberculeuse. — Uterus perforé à deux reprises différentes par l'hystéromètre. Autopsie.* — Caroline R., 29 ans, entrée le 25 avril 1870 à la Charité de Berlin.

Antécédents. — Bonne santé habituelle; a eu 3 accouchements à terme et 3 fausses-couches. Le dernier accouchement, parfaitement normal, a eu lieu le 24 mars 1870; 8 jours après ses couches, la malade quitta le lit pour la première fois et ressentit immédiatement des douleurs dans la région ombilicale, de la constipation, de l'anorexie, etc...

État actuel. — Mauvaise nutrition, femme maigre, osseuse. Teinte ictérique de la peau. Accuse des douleurs dans le ventre; vomissements verdâtres; P. 96, anorexie, soif vive, langue grisâtre. Ventre douloureux, constipation.

Portion vaginale du col de l'utérus refoulée en avant; dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur arrondie ayant la forme et le volume du corps de l'utérus.

26 avril. — La sonde pénètre facilement dans l'utérus, qui se laisse redresser sans peine; la tumeur n'existe plus dans le cul-de-sac vaginal postérieur. — En imprimant avec prudence un mouvement de levier à l'instrument, on sent que celui-ci triomphe d'un léger obstacle et pénètre à une profondeur de 19 centimètres; il est impossible de sentir le bouton de l'hystéromètre sous la paroi abdominale. — La sensibilité de l'abdomen ayant augmenté après cette exploration, on ordonna des applications froides sur le ventre et de la morphine à l'intérieur.

27 avril. — La douleur a diminué pendant la nuit; T. 37°,4. P. 96, soir 38°,9. P. 120.

28 avril. — La malade a une garde-robe. Après cette évacuation, les douleurs abdominales diminuent encore; matin, T. 38°,5; P. 108. Soir, T. 38°,8, P. 108.

29 avril. — Ventre modérément développé; il n'est douloureux ni spontanément, ni à la pression. — L'utérus s'est replacé en rétroflexion.

2 mai. — Tous les signes de péritonite ayant cessé, on introduisit de nouveau l'hystéromètre jusqu'à une profondeur de 16 centimètres et demi, sans qu'il survint de réaction inflammatoire.

13 mai. — Mort de la malade par suite des progrès d'une infiltration caséuse du sommet droit, qui se compliqua de pleurésie du côté gauche.

Avant de commencer la nécropsie, on sonde l'utérus; l'hystéromètre, après avoir vaincu un léger obstacle, pénètre dans l'abdomen assez profondément pour qu'on puisse sentir le bouton de l'instrument au voisinage de l'ombilic.

A l'autopsie on découvre de la tuberculose pulmonaire et une pleurite tuberculeuse du côté gauche, avec exsudats hémorragiques.

Sur le feuillet pariétal du péritoine, on trouve plusieurs couches de fausses membranes; les intestins étaient adhérents entre eux, et à la paroi abdominale.

L'hystéromètre sort du petit bassin; il perfore la matrice par une ouverture arrondie occupant le milieu de l'utérus. Une sonde plus fine introduite dans les parties génitales, vient perforer le fond de l'utérus à 1/2 centimètre environ de l'ouverture interne de la trompe gauche.

Le parenchyme utérin, entourant cette seconde ouverture présente une friabilité remarquable, une couleur gris bleuâtre, et un développement vasculaire considérable. — Au voisinage de la première ouverture on ne constate aucune altération du parenchyme. — L'utérus est augmenté de volume; sa substance est molle, traversée par des vaisseaux à minces parois. La muqueuse est lisse dans sa totalité, molle, blanc jaunâtre: on trouve un débris de placenta sur la paroi postérieure, et empiétant un peu à droite.

Examen microscopique (fait par Wegner). — La masse de l'utérus est principalement constituée par des vaisseaux de plus ou moins grande dimension; ceux-ci sont, à certains endroits, tellement rapprochés les uns des autres, qu'il en résulte un véritable tissu caverneux. Ils présentent de nombreux coudes, et des ramifications contournées.

L'élément musculaire très peu développé par places, présente des modifications histologiques fort variables suivant les différents points où on l'examine, une portion notable de ce tissu est encore en pleine dégénérescence graisseuse. Ailleurs on trouve de petits vaisseaux dont la structure ne rappelle en rien celle de l'utérus gravide, et formés d'éléments nouveaux. On trouve en grande quantité, entre ces vaisseaux de nouvelle formation, des granulations de graisse, restes évidents d'éléments primitifs ayant subi la dégénérescence graisseuse. La muqueuse utérine est aussi en voie de transformation graisseuse: peu ou point de néo-formation.

OBSERVATION XCII. — RABE RUCKARDT et LEHMUS. — *Cathétérisme utérin pratiqué 62 jours après l'accouchement; perforations de l'utérus par l'instrument non suivies d'accidents.* — W..., 30 ans, 4 accouchements; le dernier a eu lieu le 28 janvier 1870, et la menstruation ne s'est pas encore rétablie.

22 mars 1870. — Se plaint de douleurs dans la région inguinale

droite, et d'une grande faiblesse. On constate : érosion des lèvres du col utérin, et corps de la matrice appuyant sur le cul-de-sac vaginal postérieur. L'hystéromètre pénètre à 7 centimètres de profondeur.

31 mars. — La sonde utérine pénètre directement et sans rencontrer d'obstacle, jusqu'à une profondeur de 19 centimètres, sans occasionner de douleur ; on sent sous la paroi abdominale amincie, le bouton de l'instrument au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane.

Aucune douleur : la malade qui était simplement venue à la consultation rentre chez elle, avec recommandation expresse de revenir si le moindre accident se manifestait.

2 avril. — La malade revient : introduction de l'hystéromètre à une profondeur de 14 centimètres sans occasionner de douleur ; le bouton de l'instrument est senti sous la paroi abdominale.

30 avril. — La sonde utérine est introduite à une profondeur de 8 centimètres et demi. L'état de la malade s'étant sensiblement amélioré, celle-ci ne reparut plus à la consultation.

OBSERVATION XCIII. — RABE RUCKARDT et LEHMUS. — *Cathétérisme utérin pratiqué 34 jours après l'accouchement : perforation de l'utérus à trois reprises différentes, sans aucune réaction inflammatoire.* — A. K..., 29 ans, accouchée aux forceps, le 23 février 1870.

Entre le 25 mars à la Charité dans l'état suivant : ventre tendu, tympanisme ; entre le pubis et l'ombilic, sur la ligne médiane, matité et résistance plus grande à la pression ; col utérin ramolli ; écoulement abondant par l'orifice externe.

29 mars. — Les douleurs ayant diminué, introduction de l'hystéromètre à une profondeur de 17 centimètres et demi ; l'instrument eut à vaincre un léger obstacle.

Il fut introduit le 1^{er} avril, à 10 centimètres, et le 20 avril à 9 centimètres de profondeur. — Aucune douleur, aucune réaction inflammatoire.

OBSERVATION XCIV. — *Cathétérisme utérin pratiqué 45 jours après l'accouchement ; perforation de l'utérus à trois reprises différentes sans aucune réaction inflammatoire.* — RABE RUCKARDT et LEHMUS. — Baltra H..., 29 ans, accouche le 25 mars 1870, d'un enfant vivant. Trois jours après, elle éprouve les symptômes suivants : violent frisson suivi de chaleur ; violentes douleurs dans le bas-ventre ; diarrhée. Le 17 avril, ces symptômes d'endométrite puerpérale étant calmés, la malade fut considérée comme guérie.

Le 9 mai, elle rentra à la Charité : elle a éprouvé, depuis une quinzaine de jours, des douleurs dans la région iliaque droite, qui ont augmenté, mais non au point de nécessiter le séjour au lit ; au con-

traire, la marche amenait plutôt une rémission. Depuis huit jours, la diarrhée a reparu et la miction est douloureuse. A deux travers de doigt de la symphyse et un peu à droite, on sent avec la main une tumeur, de forme arrondie et sensible à la pression.

L'orifice externe du col est dirigé à gauche, présentant une fossette triangulaire dirigée en travers et admettant la phalange. Dans le cul-de-sac vaginal, en arrière et à droite, on sent une tumeur dure, de surface irrégulière, raboteuse, remontant dans le petit bassin, mobile en tous points, excepté au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite; elle semble fortement adhérente à la paroi du bassin. — Comme à part cette tumeur, la palpation hypogastrique ne révèle rien sur la ligne médiane, il ne peut s'agir évidemment d'un utérus hypertrophié.

La sonde utérine est introduite; dirigée d'abord à droite, puis suivant la ligne médiane, elle pénètre sans occasionner de douleur notable, et, après avoir surmonté un léger obstacle, jusqu'à une profondeur de 18 centimètres. Le bouton de l'instrument est senti sous la paroi abdominale amincie à un demi-centimètre de l'ombilic. — Ce cathétérisme n'occasionne aucune douleur de la malade.

Le 13 mai, l'hystéromètre pénétra à une profondeur de 10 centimètres, également sans douleur.

15 mai. — Nouvelle introduction de l'hystéromètre; l'instrument est enfoncé à une profondeur de 13 centimètres, et son bouton est senti sous la paroi abdominale: aucune douleur, et aucune suite fâcheuse.

21 mai. — Introduction de l'hystéromètre à une profondeur de 6,5 centimètres.

22 mai. — Sur sa demande, la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XCV. — *Pelvi-péritonite avec épanchement enkysté, cathétérisme utérin; perforation de la matrice par l'hystéromètre: aucun accident sérieux consécutif.* — M^{me} Gauthier, âgée de 26 ans, entrée le 3 mars 1873, à la maison municipale de santé (service de M. Demarquay). Elle vient, dit-elle, pour se faire soigner d'une affection de la matrice.

Antécédents et mode de début. — Aucune maladie antérieure. Bien réglée depuis l'âge de 18 ans. Elle s'est mariée, il y a 28 mois, et bien que son mari soit robuste et parfaitement constitué, elle n'a pas encore eu d'enfants. Trois mois avant son entrée à la maison de santé, cette malade a commencé à ressentir des douleurs dans le bas-ventre et les lombes; ces douleurs devinrent très vives; la fièvre s'alluma et la malade dut garder le lit pendant deux mois. Un médecin fut consulté et diagnostiqua une tumeur fibreuse de l'utérus. Il administra d'abord l'iode de potassium à l'intérieur; puis pour combattre sans doute une complication de pelvi-péritonite, fit appliquer au niveau de la fosse

iliaque gauche un large vésicatoire, puis, les accidents n'ayant point cédé, il eut recours aux sangsues, et aux cataplasmes laudanisés.

L'état de la malade ne fut nullement amélioré, et celle-ci se décida à venir à Paris, pour se faire opérer, s'il y avait lieu.

État actuel (6 mars). — Par le toucher vaginal, on constate les faits suivants : Le col de l'utérus est petit, aplati transversalement : l'orifice externe est également allongé dans le sens transversal, et représente une véritable boutonnière.

L'utérus ne semble point mobile. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur, bombe une tumeur arrondie, élastique, paraissant fluctuante et assez volumineuse ; c'est par la compression de cette tumeur que l'utérus est repoussé en avant et aplati. Par la palpation abdominale, on trouve la tumeur dépassant les pubis, et empiétant à droite dans la fosse iliaque ; en repoussant avec le doigt le culs-de-sac vaginal postérieur, on essaye vainement de percevoir une fluctuation évidente. Ces différentes manœuvres ne sont point très douloureuses, et sont bien supportées par la malade. Néanmoins, elle présente chaque soir un léger mouvement fébrile.

Le diagnostic de cette tumeur est fort embarrassant ; s'agit-il d'une tumeur rétro-utérine, d'une kyste ovarique, ou d'une pelvi-péritonite avec épanchement parfaitement enkysté ? Pour élucider cette difficile question M. Demarquay se décida à pratiquer le cathétérisme utérin.

6 mars. — L'hystéromètre est introduit sans l'aide du spéculum. Il pénètre facilement dans le canal cervical ; l'orifice interne n'oppose aucune résistance, et l'instrument s'engage dans la cavité utérine. En l'enfonçant avec les plus grandes précautions. M. Demarquay est surpris de voir que l'instrument pénètre toujours plus avant : explorant alors la paroi abdominale il sent le bouton de l'hystéromètre directement sous les téguments qui sont soulevés par lui à l'endroit correspondant.

L'instrument ayant été retiré, on remarque qu'il ne présente à son extrémité aucune trace de sang ; dans les moments qui suivirent, il ne se fit par le vagin aucun écoulement sanguinolent. Le cathétérisme s'était fait absolument sans douleur. Une heure après, la malade était tranquillement assise dans son lit, lisait, et nous dit n'éprouver aucune souffrance.

La température vaginale est de 38°,4, le pouls est à 125. Le soir à 5 heures, nous retrouvons M^{me} G... dans le même état à peu près ; elle aurait eu dans la journée quelques douleurs abdominales s'irradiant au côté externe de la cuisse droite, mais celles-ci ont duré à peine une heure. P. 100 ; T. V. 39°,4.

7 mars. — P. 108 ; T. V. 38°,4. — Soir. P. 112 ; T. V. 39°,6. Même état qu'hier.

8 mars. — P. 96; T. V. 38,4. — Soir. P. 92; T. V. 40°.

9 mars. — P. 104; T. V. 39°,8. — Soir. P. 134; T. V. 38°,8.

10 mars. — P. 104; T. V. 38°,8. L'état de la malade est toujours le même, malgré l'exacerbation fébrile du soir, elle ne se plaint pas; elle mange assez bien, et dort paisiblement la nuit.

On pratique, au niveau de la fosse iliaque droite, une ponction aspiratrice avec le trocart n° 2 de l'appareil Potain. Il s'écoule environ 150 grammes de sérosité péritonéale verdâtre. Le diagnostic se trouve ainsi fixé; il s'agit d'une pelvi-péritonite avec épanchement enkysté. — Soir. P. 124; T. 40°,5.

Le lendemain, et les jours suivants l'état de la malade s'améliora sensiblement, deux vésicatoires furent successivement appliqués, et l'épanchement diminua peu à peu.

Le 18 mars la température était redescendue à 37°,6. Le 29 mars, la malade quitte la maison de santé en voie de guérison; le cul-de-sac vaginal postérieur ne présente plus qu'une tuméfaction peu considérable.

OBSERVATION XCVI. — RABE RUCKARDT et LEHMUS. — *Cathétérisme utérin pratiqué 150 jours au moins après l'accouchement. Perforation de l'utérus placé en rétroflexion. — Aucun accident consécutif.* — O. B..., 28 ans, accouche en novembre 1869 de 2 jumeaux; couches difficiles, la malade reste pendant 3 mois dans une maison de santé où elle fut soignée très vraisemblablement pour un abcès du tissu cellulaire du bassin.

1^{er} juillet 1870. — Elle se plaint d'une perte de sang, datant de 3 semaines.

On constate dans le cul-de-sac vaginal, à droite, les restes évidents d'un exsudat. La sonde utérine est introduite à une profondeur de 9 centimètres.

5 juillet. — La sonde pénètre sans difficulté jusqu'à 12 centimètres et demi et aurait pu être introduite plus profondément si on l'eût désiré. Du reste, pendant l'introduction de la sonde on sentait l'utérus en rétroflexion, dans le cul-de-sac vaginal postérieur. — Aucun accident ne survint et, au bout de 14 jours, la malade reprit ses occupations.

OBSERVATION XCVII. — HILDEBRANDT. — *Antéflexion d'un utérus flasque. La sonde utérine s'enfonce à une profondeur de 18 centimètres.* — Femme de 30 ans, mariée, pas d'enfants; réglée depuis 15 ans.

A travers la paroi abdominale, on ne sent pas le fond de la matrice.

Portion vaginale du col, mince, flasque; dans le cul-de-sac vaginal antérieur, on trouve le corps de l'utérus antéfléchi. Avec la sonde,

introduite à une profondeur de 6 à 5 centimètres, on redresse assez facilement l'utérus.

Par la palpation bimanuelle, on trouve l'utérus de dimension normale, flasque et mou. — On traite la malade par des pessaires intra-utérins. Hildebrandt constate bientôt chez cette femme les faits suivants : Lorsque l'on dirige l'hystéromètre dans la direction de l'axe du bassin, l'instrument glisse très facilement et est arrêté à 6 ou 5 centimètres de profondeur. Mais, en dirigeant la sonde du côté gauche, celle-ci s'enfonce à une grande profondeur et on peut en sentir l'extrémité sous la paroi abdominale à la hauteur de l'ombilic et à 6 ou 7 centimètres à gauche de celui-ci. Cette manœuvre fut répétée plusieurs fois sans qu'il survint de réaction inflammatoire ; elle produisait cependant un sentiment momentané de douleur et de tension.

OBSERVATION XCVIII. — HILDEBRANDT. — *Abcès de l'ovaire droit. Dans le cathétérisme utérin, la sonde pénétra à 9, et puis à 20 centimètres de profondeur.* — Femme de 26 ans, bien réglée depuis l'âge de 26 ans ; accouchement à terme il y a 2 ans.

Présente tous les signes d'un abcès de l'ovaire droit, une ponction exploratrice confirme ce diagnostic. — La sonde, introduite dans l'orifice externe du col, glisse facilement jusqu'à une profondeur de 2 centimètres, rencontre dans le col plusieurs irrégularités qui furent regardées comme des plis de la muqueuse proéminant fortement ; puis après avoir franchi un obstacle, ou sans doute un rétrécissement de l'orifice interne, elle glisse sans difficulté et sans douleur jusqu'à 20 centimètres de profondeur. — On imprima à la sonde des mouvements de rotation suivant son grand axe : à droite, l'extrémité de celle-ci poussait une masse solide, tandis qu'à gauche, elle ne rencontrait rien. Impossible de sentir les boutons de l'instrument sous la paroi abdominale. Les mêmes manœuvres furent répétées plusieurs fois.

OBSERVATION XCIX. — HOENING. — *Catarrhe utérin avec érosions de la portion vaginale du col ; perforations de l'utérus par la sonde, faites à plusieurs reprises.* — *Aucune réaction inflammatoire.*

Femme de 28 ans : 3 accouchements et 2 fausses couches ; la dernière, il y a 3 mois et demi, a été suivie de métrorrhagie abondante. Le sommet du poumon gauche présente des signes de tuberculose.

Utérus mou, flasque, sans contours bien nets. On l'a trouvé d'abord en antéflexion, mais il se laisse déplacer facilement et mettre en rétroflexion, il est de volume normal.

La sonde introduite dans la matrice glisse sans s'arrêter dans la direction de l'axe de l'utérus, pénètre toujours plus avant sans rencontrer d'obstacle jusqu'à une profondeur de 11 centimètres et demi en

occasionnant des douleurs abdominales vives ; on sent la pointe de la sonde à 2 centimètres et demi de l'ombilic. Au spéculum, on trouve du catarrhe du col avec érosions. Quatre jours après ce premier examen, on perfore une seconde fois l'utérus avec la même facilité et l'on sent l'extrémité de l'hystéromètre au voisinage de l'ombilic. La malade est ensuite présentée par Hœning aux élèves de sa clinique, l'introduction de la sonde jusqu'à la poignée se fit sans la moindre difficulté ; on ne rencontra d'obstacle qu'au milieu du fond de la matrice dans les points qui avaient été antérieurement perforés. Cette fois aussi, on sentait la pointe de l'instrument près de l'ombilic ; cette manœuvre occasionna à la malade de vives douleurs. Cette femme resta encore quatre jours à l'hôpital, et en sortit ensuite sans présenter la moindre réaction inflammatoire.

OBSERVATION C. — LENOIR. — *Perforation de l'utérus au cours d'un curettage post-abortion. — Guérison.*

Jeune femme de 25 ans, employée dans un grand magasin. Menstruation normale avant l'accident.

A fait, il y a 26 jours, une fausse couche de 3 mois environ, s'était à ce moment livrée à une sage-femme dont l'intervention paraît suspecte. Depuis sa fausse couche elle souffre du bas-ventre, surtout sur la ligne médiane, perd un peu en blanc et ne peut plus faire son métier qui est très fatigant, c'est ce qui la décide à entrer à l'hôpital.

Examen : Col ferme, un peu entr'ouvert, utérus un peu gros, rien aux annexes, cependant un peu de douleur dans les deux culs-de-sac latéraux.

Huit jours après l'entrée : curettage. Tout à fait à la fin, après avoir raclé partout et très doucement, l'opérateur voulant donner un dernier coup sentit sa curette s'enfoncer jusqu'au manche. Il la retira, bourra l'utérus avec de la gaze iodoformée et attendit, se réservant d'intervenir si besoin en était.

La malade n'a pas souffert, n'a pas eu de fièvre, n'a pas été constipée, s'est levée au bout de quinze jours. Le résultat thérapeutique a été parfait.

OBSERVATION CI. — LENOIR. — *Métrite hémorragique. Curettage. Perforation du fond de l'utérus. Guérison.*

M. H..., 23 ans, entre à l'hôpital Tenon le 9 novembre 1896. Régulée à 14 ans, mariée à 21 ans : un an plus tard, il y a 6 mois, accouche normalement d'un enfant à terme. Depuis cet accouchement, léger degré de prolapsus vaginal occasionnant quelques douleurs abdominales ; de plus, pertes de sang peu abondantes, mais se reproduisant assez fréquemment. Ces pertes deviennent plus abondantes depuis 3 semaines et la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — Au toucher, col mou, entr'ouvert, déchiré transversalement, utérus un peu gros, mobile, en antéversion. Cystocèle assez prononcée. Rien aux annexes.

Opération : le 27. Cathétérisme sans incidents L = 8 centimètres. Curettage soigné de la cavité utérine, saignement assez abondant ; en terminant le curettage, l'opérateur, voulant donner sur le fond de l'utérus un dernier coup de curette, presse un peu sur la paroi utérine avec l'extrémité de l'instrument : cette paroi cède, on a nettement la sensation que l'utérus s'est laissé perforer et la curette s'enfonce brusquement de 2 centimètres environ.

Toute manœuvre est aussitôt cessée et la cavité utérine est bourrée avec une mèche de gaze iodoformée.

Repos absolu. 5 centigrammes d'opium. Le soir, aucun ballonnement du ventre. T. = 37°,2. Le 4^{er} décembre, les mèches sont enlevées.

Guérison parfaite, résultat thérapeutique excellent.

OBSERVATION CII. — GÉRARD-MARCHANT. — *Perforation de l'utérus au cours d'un curettage pour endométrite. Guérison.* — X..., 34 ans. Curettage pour endométrite chronique, avec une curette de Pozzi de très petite dimension. L'opérateur eut la sensation très nette de perforer le fond de l'utérus. Le cathétérisme pratiqué auparavant n'avait pas indiqué de profondeur anormale de l'utérus.

L'opération fut continuée, le chirurgien prenant soin de ne pas aller dans la zone traumatisée ; drainage utérin à la gaze iodoformée, on se tint prêt à intervenir, mais il n'y eut aucune suite fâcheuse et le résultat thérapeutique cherché fut obtenu.

OBSERVATION CIII. — SEGOND. — *Curettage préliminaire à une hystérectomie vaginale pour métro-salpingite. Perforation de l'utérus. Friabilité particulière du tissu utérin.* — F..., Marie, entré le 14 mars 1898 à l'hôpital de la Salpêtrière.

Réglée à 15 ans, jamais très régulièrement, pertes blanches assez abondantes. Est accouchée à 7 mois 1/2, il y a 8 mois environ. Retour de couches 5 mois après. Depuis l'accouchement pertes blanches très abondantes ; depuis 7 semaines souffre beaucoup dans les reins, le ventre et le haut des cuisses au moment et à l'occasion de ses règles. Ces douleurs sont accompagnées de vomissements. Constipation et phénomènes dyspeptiques.

Examen : Palpation du bas-ventre douloureuse au milieu et des deux côtés. Au toucher : utérus moyen en antéversion, mobile, col un peu mou, très légèrement ouvert. Dans le cul-de-sac droit, on sent la trompe grosse, dure, bosselée et l'ovaire qui n'est pas augmenté de volume. Dans le cul-de-sac gauche, salpingite plus volumineuse, bosselures très

dures. Cul-de-sac postérieur libre. L'hystérectomie vaginale est décidée.

Opération le 4 juin. Durée 12 minutes, 4 pinces à demeure. Pendant le curettage préliminaire, le cathéter donne une profondeur de 7 centimètres $1/2$, il y a une légère coudure utérine à concavité regardant à droite. Soudain, l'opérateur passant les premières bougies de Hegar pour dilater la cavité, l'une d'elles s'enfonce sans qu'il y ait eu aucun effort. Le chirurgien pense avoir fait une perforation et continue son opération.

La pièce entre les mains, il est facile de constater que le fond de l'utérus a été perforé par la sonde. Ovaires scléro-kystiques, salpingites et péri-annexite. L'utérus, d'aspect à peu près normal, a des parois épaisses, très friables, se laissant entamer par l'ongle avec facilité. L'hystéromètre introduit dans la cavité les perce sans aucune espèce d'effort.

Nous devons l'examen de cette pièce à notre ami André Claisse, interne des hôpitaux.

Pièce fixée au formol, inclusion à la paraffine, coloration hématine, éosine. Les coupes ont porté au niveau du col, au niveau de l'isthme, sur le fond de l'utérus.

Les altérations portent surtout sur le muscle utérin, elles sont nettes, principalement au niveau du fond de l'utérus, moins facilement appréciables dans les autres régions. Elles consistent en une moins grande condensation des faisceaux musculaires lisses ; ceux-ci, sur des coupes, apparaissent en îlots foncés, aux noyaux fortement colorés, îlots séparés par des bandes de tissu fibreux beaucoup plus étendues qu'à l'état normal ; en certains points il y a même prédominance du tissu fibreux sur le tissu musculaire. Les fibres musculaires paraissent d'ailleurs normales ; il n'existe pas de processus inflammatoire. Augmentation notable de nombre et de volume des vaisseaux. Lésions de la muqueuse du col et du corps presque nulles.

OBSERVATION CIV. — BAUDRON. — *Perforation de l'utérus au cours d'un curettage. — Opération de Péan. — Guérison.* — La nommée P..., Sophie, âgée de 32 ans, entre le 10 septembre 1891 à la maison municipale de santé, service de M. le Dr Segond.

Antécédents. — Ordinairement bien réglée depuis l'âge de 16 ans. Pas d'enfant ni de fausse couche.

Il y a environ un an, elle a commencé à avoir des pertes blanches dans l'intervalle des règles, avec pesanteur dans le bas-ventre. A subi des traitements médicaux multiples, sans résultat. Son état s'aggravant, elle s'adressa à un médecin qui la traita par l'électrolyse, mais sans aucun résultat. Les règles devinrent plus abondantes et douloureuses ; les pertes blanches augmentèrent, l'appétit et les forces diminuèrent. C'est alors qu'elle entra à la maison municipale de santé.

Examen. — Au palper, le ventre est souple, légèrement douloureux à la pression sur la ligne médiane, mais non sur les côtés. On ne sent aucune tuméfaction.

Au toucher, l'utérus est en antéversion, un peu volumineux, mobile et un peu douloureux. Les culs-de-sac sont libres, souples et indolores.

Au spéculum, col plutôt petit, orifice également petit. L'hystéromètre ne pénètre pas à plus de 1 centimètre. Un stylet même ne peut franchir l'orifice interne, on ne met pas de tige de laminaire.

Curettage le 17 septembre, l'utérus étant abaissé, on commence la dilatation avec les bougies graduées. Puis on introduit la curette.

Le curettage est pratiqué complètement, y compris la cautérisation à la glycérine créosotée et c'est seulement en lavant la cavité utérine qu'on s'aperçoit que l'injection ne revient pas. Séance tenante, on pratique l'hystérectomie vaginale sans morcellement.

On place 2 pinces à gauche ; 3, dont 1 courbe, à droite ; pansement ordinaire.

Durée de l'opération : 11 minutes.¹

L'utérus enlevé présente, au niveau de son fond, juste dans le prolongement de l'axe du col, un orifice qui, dans l'intérieur de l'organe, correspond à une cavité creusée dans l'épaisseur de la paroi, en sorte que la cavité péritonéale n'était séparée de la cavité utérine que par une couche extrêmement mince. Il résulte de l'examen de la pièce que la perforation n'a été produite ni par la dilatation, ni par la curette, mais qu'elle existait avant l'intervention et qu'on doit l'attribuer au traitement électrolytique antérieur ; les ovaires sont scléro-kystiques.

(Guérison retardée par une hémorragie abondante à l'ablation des pinces, le 19 septembre.) La malade quitte l'hôpital en parfait état le 23 octobre, — est revue en bonne santé en mars 1894.

OBSERVATIONS CV et CVI. — FLANDRIN (1) (résumées). — 1° *Irrigation continue intra-utérine* chez une femme qui vient de faire une fausse couche (service de M. Duguet). On s'est servi de la sonde rigide de Pinard. La malade est très indocile. — Elle accuse une douleur violente et subite, et l'abdomen augmente rapidement de volume ; simultanément le retour du liquide par le vagin est suspendu. Mort quelques heures plus tard ; on trouve à l'autopsie la perforation de l'utérus. — Plusieurs litres de liquide avaient pénétré dans l'abdomen.

2° *Primipare.* — Accouchement spontané. La fièvre se déclare dès le lendemain. La fièvre persiste pendant 9 jours, malgré des injections

(1) De la perforation de l'utérus par la sonde au cours de l'irrigation continue. FLANDRIN. *Thèse*, Paris, 1895.

intra-utérines abondantes. — Le 10^e jour, on pratique 2 curettages consécutifs sans résultat. — A la suite du second curettage, irrigation continue avec la sonde de Pinard. Aucune amélioration, mais douleur subite ; augmentation de volume de l'abdomen, en même temps que l'écoulement du liquide par retour se trouve suspendu. A l'autopsie, on constate la perforation de l'utérus. — L'examen microscopique fait encore reconnaître que le muscle utérin est profondément altéré.

B. — PLAIES PAR DILATATEURS

OBSERVATION CVII. — KELLY (1). — *Mort causée par un dilateur utérin, avec quelques remarques sur l'usage rationnel du dilateur.* — Le dilateur utérin est aujourd'hui un instrument si communément usité qu'un mot sur les dangers qu'il présente n'est pas hors de saison. Il y a 3 ans, un médecin mort aujourd'hui, homme d'une considérable réputation chirurgicale de son pays, vint chez moi m'emprunter deux dilateurs. Il en prit un, celui de Wilson, mince instrument à forte courbure, et le gros dilateur d'Edlinger. Quatre jours après, il me les renvoya et m'appela en consultation auprès de la malade pour laquelle il s'en était servi. Je trouvai une jeune femme avec une température élevée, et un pouls petit et rapide. Son visage exprimait l'anxiété, et un écoulement fétide sortait du vagin. — Après l'avoir placée sur une table, afin d'examiner son col, je trouvai une éponge noire, friable, fétide, de 2 pouces de long, sortant de l'orifice externe, et je l'enlevai par petits morceaux. C'étaient les débris d'une « tente » faite avec un fragment de ces grossières éponges dont on lave les naseaux des chevaux.

A 1 centimètre et demi environ de l'orifice externe, dans la paroi postérieure de l'utérus, se trouvait une fente de 2 centimètres de long, à travers laquelle le doigt passait dans la cavité péritonéale. Une partie de l'éponge pourrie y pénétrait. Le corps utérin légèrement augmenté de volume témoignait d'une grossesse interrompue au cours du troisième mois. — Il s'agissait évidemment d'une péritonite septique causée par une perforation de la paroi postérieure de l'utérus, en tentant d'introduire un dilateur aigu dans un utérus antéfléchi. Le petit orifice créé par la pointe du dilateur avait été élargi par un plus gros instrument ; l'introduction consécutive de l'éponge à travers cet orifice jusque dans le ventre avait réalisé l'infection de la cavité péritonéale.

(1) *American Journ. of obstetrics*, 1891, n° 1, p. 42.

Mon avis fut de pratiquer la laparotomie immédiate dans le but de nettoyer le péritoine, de fermer la plaie, et de drainer l'abdomen. Mais le médecin refusa l'intervention, se basant sur le peu de douleurs de la malade pour affirmer la bénignité du cas.

Cinq jours après, il me rappela le soir, et l'opération fut pratiquée vers minuit. L'état de la malade semblait alors désespéré; abdomen ballonné; pouls fuyant; collapsus. Afin d'escompter les dernières chances de salut, on se hâta de préparer l'opération.

Ether. — Laparotomie rapide. Un litre environ de sérosité fétide et sanguinolente s'écoule à l'incision: péritonite généralisée avec adhérences fibrineuses. — La plaie utérine siègeait à la face postérieure de l'utérus, très bas vers le plancher pelvien.

Grâce à de nombreuses injections hypodermiques de cognac, on relève le cœur qui faiblissait: un tube à drainage est placé, et la malade transportée dans un lit chaud. Malgré tous les efforts réitérés (strychnine, digitale, atropine en injections hypodermiques, lavements stimulants), elle reste dans un état comateux et succombe au quatrième jour.

OBSERVATION CVIII (personnelle). — M^{me} D..., âgée de 21 ans, entre le 15 avril 1899 dans le service de Pozzi, à l'hôpital Broca, salle Huguier, n° 40.

Curettage le 21 avril 1899, pour endométrite déciduale, suite d'un accouchement gémellaire, un mois et demi après cet accouchement.

On trouve le col utérin très friable; à plusieurs reprises, il cède et se déchire sous la pince à traction qui le fixe.

Dilatation facile avec le dilatateur à 2 branches. — L'hystérométrie montre un très grand utérus (12 à 13 centimètres). — On a eu, pendant la dilatation, la sensation que le tissu cédait brusquement.

Curettage très prudent avec des curettes assez volumineuses, et sans insister vers le fond de l'utérus; on remarque au cours de l'opération que les curettes s'enfoncent notablement plus du côté de la corne utérine droite (15 à 16 centimètres); bien qu'à aucun moment on n'ait eu la sensation de résistance forcée, on n'insiste pas, de ce côté; d'ailleurs le cri utérin est parfaitement obtenu sur les 2 faces de l'organe. — Pas d'injection intra-utérine. — Ecouvillonnage à la gaze aseptique. — Drainage avec une mèche de gaze aseptique. — Tamponnement vaginal.

La malade a des vomissements à son réveil et pendant l'après-midi. — Température du soir: 38°,4. — Pouls 108. — Douleur assez vive généralisée à l'abdomen (sous-ombilicale).

Glace sur le ventre.

Dans la journée, on recueille, au service d'accouchements de la Pitié,

les renseignements suivants : l'accouchement avait été très pénible : extraction du 1^{er} enfant (vivant), par une application de forceps à la vulve ; du second (mort et macéré), par version, — délivrance artificielle, — doutes sur l'intégrité du second placenta. — La malade a quitté le service au 14^e jour avec un utérus encore volumineux et un peu dévié à droite ; du fait de la position des 2 fœtus, il présentait à droite une profondeur plus grande qu'à gauche. — L'utérus avait été très distendu du fait de la grossesse gémellaire.

Dans la nuit, vomissements mais sans autre symptôme inquiétant. — Une demi-piûre de morphine à 11 heures.

Le 22 au matin, douleur très diminuée. — Bon état général. — Encore quelques vomissements.

Température 37°,8. — Pouls 100.

La température reste élevée et le pouls rapide les jours suivants. — Elle atteint une seule fois 39, le 23 au soir. — Pouls : 100-120 le 22 ; 112-140 le 23 ; 120 le 24.

La douleur se localise dans la région de la fosse iliaque droite.

Tous les jours, *sans pratiquer aucun lavage*, on insinue une mèche de gaze aseptique dans l'utérus. — Tamponnement du vagin à la gaze aseptique.

On remarque, 24 et 25 avril, que la mèche est souillée de pus, et qu'il s'écoule du pus franc par l'orifice cervical.

L'état général s'est beaucoup amélioré à partir du 24 ; les vomissements ont disparu et l'alimentation peut être reprise. — La malade, constipée jusqu'ici avec des pilules d'extrait thébaïque, prend pour la 1^{re} fois un lavement.

Le 2 mai, il s'écoule encore par l'utérus une petite quantité de pus. — L'utérus, peu volumineux, est facilement senti au-dessus du pubis. — On trouve en arrière de l'utérus une masse peu douloureuse, assez volumineuse, où l'on ne peut déterminer de la fluctuation. — Les températures restent élevées le soir.

Le 6 mai, colpotomie postérieure. — Chloroforme, examinée sous le chloroforme, on trouve la masse rétro-utérine fort diminuée.

Néanmoins, la colpotomie donne issue à une petite quantité (une cuillerée) de pus franc, jaune, analogue à celui qui coulait par l'orifice utérin. — Drain en T. Mèche vaginale. — Le soir même, apyrexie.

7 mai. — Lavage par le drain et changement des mèches vaginales.

8 mai. — Lavage et pansement. — Lavage de la cavité. — On remplace le drain, qui fonctionne mal, par une longue mèche de gaze aseptique.

9 mai. — Chute thermique. — Pansement.

L'apyrexie persiste jusqu'au 21 mai ; il se produit alors une nouvelle

élévation thermique, avec douleurs hypogastriques; ventre dur; céphalalgie. — La température pendant 10 jours se maintient au-dessus de 38, en dépassant tous les soirs 39.

Glace sur le ventre: purgatifs répétés.

On constate au toucher la présence d'une grande collection placée cette fois en avant et à droite de l'utérus. — Celui-ci est tout à fait immobile.

Opération le 31 mai. — Colpotomie. — On tente d'abord de repasser par l'orifice du cul-de-sac postérieur. Mais le Douglas est cloisonné d'adhérences qui rendent très difficiles les manœuvres. — On circonscrit alors le col par une incision circulaire, dans l'intention de pouvoir pratiquer, le cas échéant, une hystérectomie vaginale.

Le décollement du cul-de-sac antérieur ouvre bientôt, avant d'entrer dans le péritoine, une abondante poche purulente. — On y place une mèche de gaze aseptique.

Température du soir: 38°,8.

Le lendemain, chute thermique. — Temp. 37°,6-38°,5.

Le surlendemain, 2 juin, changement de la mèche, sans pratiquer aucun lavage.

La malade se lève le 24 juin. — Pas de température. — État général et local excellents.

Elle quitte l'hôpital en parfait état le 2 juillet.

OBSERVATION CIX. — BROTHERS (1) (résumée). — Femme de 37 ans, ayant eu 10 enfants. — On pratique dans une seule séance le curettage, une double ovariectomie par colpotomie, et une colpo-périnéorraphie pour rectocèle.

Au début du curettage, déchirure par le dilatateur. — La curette entre en arrière et à droite à 4 pouces et demi. L'auteur termine pourtant son curettage, fait un lavage, et tamponne l'utérus. Puis, par colpotomie antérieure, il enlève les trompes. Passant alors son doigt derrière l'utérus, il sent quelque chose de dur et râpeux: c'est la gaze intra-utérine saillante par la perforation. Celle-ci, longue d'un quart de pouce, saigne beaucoup. — Suture au catgut et fixation du fond de l'utérus à l'incision vaginale. — Périnéorraphie. Guérison sans complications.

OBSERVATION CX. — MARCHAND (2). — Le corps étranger que je présente à votre Société a été extrait par moi le 11 mars dernier, de l'abdo-

(1) BROTHERS. *Amer. Journ. of obstetrics*, 1888, p. 446.

(2) *Bulletin de la Soc. de chir.*, 7 juillet 1897.

men d'une malade, dans lequel il séjournait depuis une année moins quelques jours.

Il s'agit, comme vous le voyez, d'une double bougie de Hegar, n^{os} 11 et 12 soudées par leur bout, et faites de métal ressemblant à du cuivre jaune qui aurait été recouvert d'une mince couche de nickel.

Cet instrument mesure 23 centimètres de longueur, le diamètre est d'environ 1^{cm},25 pour la moitié n^o 12 ; de 75 millimètres pour la partie n^o 11.

Voici les principaux détails de cette observation, tels que les a recueillis mon interne, M. Zeimet.

Il s'agit d'une malade B. L..., âgée de 21 ans, qui avait eu déjà trois accouchements ; un premier en janvier 1894 ; un deuxième en janvier 1895 ; le troisième en février 1896. A la suite de ce dernier accouchement, elle fut prise de métrorrhagies abondantes. Son médecin appela en consultation un confrère spécialiste qui pratiqua le curettage le 24 mars 1896.

La malade dut garder le lit pendant trois mois à la suite de cette opération. Pendant ce temps, le ventre de la malade s'était tuméfié, était devenu très sensible ; il y eut de temps à autre des poussées fébriles qui auraient atteint 40°, le tout accompagné de fortes coliques et de diarrhée.

Elle se leva seulement au commencement du mois de juin. Un jour, en se penchant en avant, elle ressentit une douleur vive dans le flanc gauche, et constata elle-même l'existence d'une grosseur dans cette région. Elle fut revoir le spécialiste qui l'avait curettée. Celui-ci lui fit appliquer une bande de toile autour de l'abdomen, dont l'effet fut de relever la grosseur, et de permettre à la malade de marcher, en même temps qu'il la prévenait qu'elle portait un kyste pierreux, absolument inopérable. Malgré le bandage, les douleurs abdominales reviennent, accompagnées ou suivies de vomissements et de selles diarrhéiques.

De guerre lasse, elle se décida à entrer dans mon service le 3 mars dernier.

On sentait manifestement, lorsque la malade était debout, une saillie qui soulevait la paroi abdominale au niveau de la région du flanc gauche, un peu au-dessus d'une ligne fictive prolongeant l'ombilic de ce côté. Cette saillie, pendant une évolution, avait éprouvé quelques changements dans son siège, puisque la malade l'avait sentie d'abord dans la région postérieure du flanc, et qu'actuellement elle pointait en avant, à quelque distance du bord latéral du muscle droit. Dans le décubitus dorsal, la tumeur rétrocedait au point de disparaître. On ne la retrouvait plus que par un palper assez profond. Elle était du reste parfaitement mobile latéralement. L'exploration abdominale montrait qu'à cette saillie mobile, facile à déplacer, succédait une tige rigide se dirigeant en bas et un peu à droite.

Le toucher vaginal permettait de reconnaître très profondément dans le cul-de-sac postérieur droit l'extrémité inférieure de la tige. Quand on déprimait son extrémité abdominale, l'exploration digitale était douloureuse, et montrait que la région péricervicale était empâtée, bien que non suffisamment pour immobiliser l'utérus.

Les circonstances dans lesquelles s'était développée l'affection ainsi que ses caractères objectifs, ne laissaient guère de prise au doute. Je pensai qu'il s'agissait d'une curette dont le manche se serait détaché pendant des manœuvres un peu brutales, et que l'instrument était à peu près libre dans la cavité du péritoine.

L'opération ne devait pas justifier complètement ces prévisions.

Après ouverture de l'abdomen par une incision de 10 centimètres environ, je constatai que le corps étranger n'était que peu mobile, et complètement recouvert par une membrane noire et vasculaire, qui ne pouvait être que le péritoine ou l'une de ces dépendances.

J'incisai sur le corps étranger lui-même, et je pus extraire sans difficulté l'instrument que je vous présente, et que j'ai décrit précédemment. Pour m'assurer du siège direct qu'il occupait, j'attirai une certaine portion de l'intestin grêle au dehors. Je pus me convaincre que la membrane que j'avais incisée n'était autre qu'un des feuillets du mésentère et que c'était dans l'épaisseur de ce repli péritonéal que le corps étranger était parvenu peu à peu et avait séjourné jusqu'à son extraction.

Ce dernier avait donc dû perforer la paroi postérieure de l'utérus, ainsi que le feuillet pariétal postérieur du péritoine, aux environs de l'angle sacro-vertébral. Il avait ultérieurement progressé entre les deux feuillets mésentériques pour venir enfin se mettre presque en contact du bord adhérent d'une anse d'intestin grêle.

Les suites de l'opération furent simples. On constata une légère élévation de température pendant les premiers jours, laquelle cessa à la suite de l'évacuation par une selle d'une certaine quantité de pus.

J'ai pu revoir la malade, il y a quelques semaines, et m'assurer de sa complète guérison ; l'empâtement des culs-de-sac a en grande partie disparu ; le ventre est souple partout et complètement indolent.

OBSERVATION CXI. — ROBERTS (1) (résumée). — Femme de 34 ans, ayant eu 2 enfants ; trois semaines auparavant, fausse couche de 3 mois ; signes de rétention placentaire.

Curage à la main aussi complet que possible, puis curettage instrumental pour une masse plus haut située et inaccessible au doigt.

Dilatation avec les dilateurs métalliques (de Duncan) ; le troisième

(1) *Lancet*, 19 décembre 1896.

(n° 43) s'enfonce à 3 pouces $\frac{1}{4}$ (plus loin que la sonde passée au préalable) : l'auteur comprend de suite qu'il a perforé le fond de l'utérus.

Il termine le curettage ; fait une injection intra-utérine au sublimé à 1/2000°, puis un tamponnement à la gaze.

Au réveil, on n'observe ni douleurs, ni hémorragie, ni fièvre ; 36 heures après, pansement ; le 7^e jour, injection intra-utérine de teinture d'iode. Guérison complète 3 semaines après.

Elle a eu depuis une nouvelle grossesse.

OBSERVATION CXII. — Due à l'obligeance de notre collègue DARTIGUES. — Service du P^r Pinard, 1895 (inédite).

Notre maître le D^r Segond nous charge de faire un curettage chez une femme atteinte de métrite hémorragique.

Nous pratiquons la dilatation aux bougies de Hegar, qui se fait très bien, sans que l'attention soit attirée par quelque chose d'anormal.

La dilatation obtenue suffisante pour le passage de la curette, nous commençons le curettage des faces, du fond de l'utérus, puis nous passons aux bords, quand tout à coup la curette fuit du côté gauche et cela sans qu'il ait été fait aucun effort absolument. Nous faisons part de notre étonnement et de notre crainte à M. Segond qui prend en main la curette et continue l'opération sans trouver de solution de continuité ; nous sommes obligé de guider sa main pour la diriger vers le point où l'instrument s'enfonçait sans être arrêté : il y avait une perforation au niveau de l'isthme sur le bord gauche de l'utérus, donnant dans l'épaisseur du ligament large.

D'après notre maître Segond, qui connaissait cet accident du curettage, l'utérus avait éclaté pendant la dilatation. Chose curieuse, rien, pendant le passage des bougies, n'avait trahi cette rupture.

Nous nous abstinmes d'injection intra-utérine, nous fîmes un tamponnement, et la malade guérit fort bien.

OBSERVATION CXIII. — GADAUD (inédite). — En mai 1900, dans le service de M. Auvar, à Saint-Louis, M. Gadaud, interne du service, au cours d'une dilatation préliminaire à un curettage pour rétention placentaire (avortement de 3 mois environ), a vu se produire une plaie par éclatement de la paroi postérieure du col. La dilatation était faite avec la grosse série des bougies de Hegar (on était arrivé au n° 19 ou 20 quand brusquement la rupture se produisit). Le doigt introduit sent cette plaie sous forme d'une fente verticale, médiane, de 2 centimètres environ. L'extrémité du doigt pénètre dans l'abdomen. Pas d'hémorragie. Le curettage est terminé, après avoir mis une mèche dans l'orifice, pour préserver la séreuse.

Rien de spécial dans les suites opératoires. Chute thermique dès le lendemain.

OBSERVATION CXIV. — GÉRARD-MARCHANT (1). — Femme, 34 ans, dilatée pour endométrite. A la 2^e application de laminaire, ce cylindre bascula, perfora par son talon la lèvre antérieure de l'utérus, si loin qu'il dut être extrait par le vagin. Simple pansement de cette plaie qui se réunit parfaitement.

OBSERVATION CXV. — POTHERAT. — *Perforation utérine par une tige de laminaire.* — 1892. Femme, 42 ans, ayant eu deux à trois enfants, le dernier il y a sept ans.

Vives douleurs au moment des règles, moins vives, mais persistantes dans l'intervalle. Elle les localise sur la ligne médiane dans le bas-ventre. Écoulement leucorrhéique abondant. Difficultés de travail.

A l'examen: antéflexion considérable, utérus peu mobile, pas de lésions appréciables des annexes, peut-être un peu de périmérite. Col entr'ouvert, exulcéré.

Hystérométrie *difficile* mais possible en abaissant très fortement le manche de l'hystéromètre $L = 8^{\text{cm}},5$.

M. Potherat conseille la dilatation à la laminaire, puis le curettage.

La dilatation à la laminaire est commencée par le médecin traitant à la mi-période des règles, le jeudi, le curettage devant avoir le dimanche matin; les deux premières tiges sont introduites avec plus ou moins de difficultés mais sans inconvénients. A la quatrième *douleur* très violente, *arrachant des cris, issue de sang* en notable abondance, néanmoins la tige est introduite dans toute sa longueur et maintenue en place. Le lendemain, jour de l'opération, la malade déclare avoir beaucoup souffert pendant la nuit, elle est pâle et paraît très fatiguée.

Opération. — La malade chloroformisée, M. Potherat complète la dilatation avec des bougies de Hegar en caoutchouc vulcanisé, qu'il passe successivement jusqu'au n° 15 inclus, en ayant soin, chaque fois, d'abaisser le pavillon de la bougie. A chaque cathétérisme il sent nettement le fond de l'utérus à $8^{\text{cm}},5$ ou 9 centimètres.

L'hystéromètre introduit avant le curettage fournit les mêmes renseignements, mais quand on introduit la curette M. Potherat constate qu'elle pénètre facilement et droit devant elle sans rencontrer d'obstacles (très petite curette de Trélat). Il ramène la curette, et, en ayant cette fois notablement abaissé le manche, pénètre dans une direction différente jusqu'au fond de l'utérus.

(1) In *Thèse*, LENOIR, p. 62.

L'hystéromètre est repris et, en procédant avec attention, on parvint à sentir la pointe de cet instrument sous la paroi abdominale, de telle sorte qu'il fut évident qu'il existait une perforation large à la face postérieure de l'utérus, au point d'union du corps et du col, au niveau du sommet de l'angle de flexion utérine.

Après un moment d'hésitation, le chirurgien pensa qu'il valait mieux nettoier de suite l'utérus avec soin, que de laisser la cavité péritonéale en communication avec un foyer septique, quitte bien entendu à recourir à une intervention plus importante si quelque accident éclatait.

Le curettage effectué, on fit un lavage abondant avec une sonde de Segond et l'on put constater le retour parfait du liquide, ce qui confirma dans l'opinion que la perforation était très oblique de bas en haut, d'où constitution d'un bec pouvant faire valvule entre l'abdomen et la cavité utérine.

Les suites ne diffèrent en rien de celles d'un curettage ordinaire. Le résultat thérapeutique cherché fut obtenu.

OBSERVATION CXVI. — BRUCHON (1). — *Dilatation utérine avec des laminaires. Perforation incomplète de la lèvre postérieure du col.* — T..., 23 ans, entrée dans le service le 4 mars. Antécédents héréditaires et personnels nuls, tempérament extrêmement nerveux.

Réglée à 13 ans, facilement et régulièrement. — Mariée à 19 ans. — Deux grossesses à un an d'intervalle n'ont offert absolument rien de particulier. A chaque époque menstruelle, syncopes et troubles nerveux variés.

L'affection actuelle a débuté, dans le courant de l'année 1891, par de violentes douleurs dans le côté gauche du ventre; les menstrues sont toujours régulières, flueurs blanches abondantes.

Examen. — L'utérus, épais d'avant en arrière, ne dépasse pas la symphyse pubienne. Antéflexion très marquée. La face antérieure bombe sur la vessie: elle n'est pas absolument lisse et présente quelques petites irrégularités. L'utérus est mobile.

Le col est largement ouvert: on peut y introduire l'extrémité du médius. Le col présente une déchirure bilatérale, accentuée surtout à gauche. Les deux lèvres sont volumineuses. Eversion de la muqueuse du col.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une trompe très légèrement augmentée de volume, glissant sous le doigt et du volume d'un porte-plume. On sent l'ovaire gauche normal à la limite du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac latéral gauche.

(1) *Nouvelles Arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, p. 258.

A la limite du cul-de-sac latéral droit et du cul-de-sac postérieur, se trouve une tuméfaction molle du volume d'un gros œuf et qui semble être l'ovaire droit kystique.

Diagnostic. — Endométrite du col et du corps de l'utérus. Salpingite catarrhale gauche.

12 mars. — On commence la dilatation en introduisant une tige de laminaire dans le col : quelques douleurs.

16 mars. — Deuxième séance de dilatation. On introduit deux tiges de laminaire, quelques douleurs.

19 mars. — Curage de l'utérus. Au moment de commencer l'opération on constate qu'une laminaire a presque perforé la lèvre postérieure du col utérin. Il ne reste plus qu'une couche très mince de muqueuse sur la face vaginale de la lèvre postérieure. Eversion marquée.

Curage. — Hersage du col.

Le soir, presque pas de réaction (37°,6), suites simples.

22 mars. — Premier pansement, pas de douleurs.

25 mars. — Pansement, pas de douleurs.

28 mars. — Pansement, pas de douleurs.

2 avril. — Pansement. Les deux lèvres du col sont moins volumineuses, elles s'appliquent cependant bien l'une sur l'autre. Il faut employer les valves et se servir de pinces à traction pour constater la dilacération bilatérale. La muqueuse cervicale est lisse et en bon état. On ne trouve aucune trace de la perforation. Regardé à travers un spéculum, le col est à peu près cylindrique, sans éversion, ni ectropion.

En somme, il y a une grande amélioration du côté du col. Il suffirait de mettre deux points de sutures sur ces parties latérales pour obtenir un résultat très bon.

Exeat. Guérison presque complète.

OBSERVATION CXVII. — CHAMPETIER DE RIBES (1). — B..., 37 ans, est admise le 21 mars 1896 à la Maternité de Tenon.

Dans ses antécédents héréditaires, on note que sa mère est morte à 63 ans d'une tumeur abdominale.

Réglée à 17 ans, la malade a eu sept grossesses. La première à 29 ans, s'est terminée par une fausse couche de 3 mois. A la seconde et aux deux dernières (avril 1894 et mai 1895), elle a accouché à terme d'enfants morts. La quatrième grossesse était gémellaire, les enfants nés à 7 mois vivent peu de jours. Deux couches normales avec enfants vivants.

(1) OUVRY. *Thèse*, Paris, 1897. Étude de la môle hydatiforme.

Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, la malade, qui se croit enceinte à nouveau, glisse et, dans sa chute, son ventre vient porter contre l'angle d'un trottoir. A partir de ce moment, elle se plaint de douleurs abdominales, et constate que son ventre est plus gros et dur.

A l'examen, on trouve un utérus de volume moyen, mais d'une dureté ligneuse et dans lequel il est impossible de sentir aucune partie fœtale. Le fond utérin remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

A l'auscultation on entend un souffle dans toute l'étendue de l'utérus, mais pas de bruits fœtaux. Le col est dur et fermé. Œdème généralisé, surtout marqué à la paroi abdominale. Albumine en petite quantité. Bruit de galop. Rien aux poumons. Température 37°. Pouls 110.

La malade a eu son retour de couches le 16 juin 1893 et n'a pas été réglée depuis. Elle n'a du reste aucun écoulement, ni séreux, ni sanguinolent. Malgré la date de sa dernière menstruation, la malade ne se croit enceinte que de trois mois et dit éprouver les mêmes sensations que pendant sa grossesse gémellaire.

On porte le diagnostic d'hémorragie inter-utéro-placentaire. On ordonne le régime lacté et le repos absolu.

Le 22 mars. — Vomissements et douleurs sourdes dans le ventre.

Le 23. — Hémorragie assez forte à la suite d'un toucher intracervical.

Le 24. — Les douleurs abdominales sont moins vives. L'œdème a notablement diminué. L'utérus est toujours aussi dur. Même état les jours suivants.

Le 31. — Hémorragie d'environ 400 grammes à 11 heures du soir. On place le ballon qui arrête l'hémorragie.

Le 1^{er} avril. — La malade, après l'application du ballon, accuse quelques douleurs, et à 1 heure du matin on observe une dilatation de un franc, puis les douleurs se calment à 10 heures du matin. Malgré les manœuvres exercées sur le ballon, la dilatation avance peu. Le col reste très dur.

M. Champetier de Ribes pratique la dilatation à 10 h. 12. Le ballon est expulsé en même temps qu'un flot de sang. La main introduite dans l'utérus constate la présence d'une môle qui est évacuée rapidement. Puis curetage manuel, et comme l'hémorragie continue abondante, la cavité utérine est bourrée de gaze iodoformée. La malade est pâle, ses extrémités sont froides. Immédiatement injection de 500 grammes de sérum. Vomissement bilieux. Injections de caféine et d'éther. Pouls petit, rapide.

11 heures 1/2, pouls de plus en plus faible. On pratique une injection intraveineuse de 350 grammes de sérum, au cours de laquelle la malade meurt.

AUTOPSIE. — 28 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen, on constate une assez grande quantité de sang épanché dans le péritoine, et en outre quelques vésicules. On voit à la face postérieure de l'utérus un tampon de gaze iodoformée, gros comme une noix, faire hernie. L'utérus a le volume d'une tête d'enfant. Il est désinséré, et fendu sur sa face antérieure. La perforation siège à 3 centimètres $1/2$ au-dessus de l'orifice interne, et a les dimensions d'une pièce de 2 francs. Du pourtour de la perforation part une déchirure longue de 2 centimètres et se dirigeant en bas, mais qui n'intéresse que la paroi musculaire, le péritoine étant intact à ce niveau. La perforation est située à la partie inférieure d'une surface de 40 centimètres de pourtour (transversalement 13 centimètres, 12 centimètres de haut en bas), au niveau de laquelle la paroi est excessivement mince, et principalement autour de l'orifice de perforation. Regardée à contre-jour elle laisse passer la lumière. La paroi utérine a été déchirée au moment de la dilatation forcée ou lors du tamponnement. L'hémorragie interne s'est produite en effet pendant ces manœuvres. Le peu d'épaisseur de la paroi postérieure, détruite par la môle, explique qu'elle ait opposé une faible résistance à la moindre compression, et que le ballon ou le tamponnement l'ait fait éclater.

L'autopsie a encore montré un kyste du volume d'une mandarine dans le ligament large gauche. Absence du *rein* gauche. *Rein* droit volumineux en situation normale. Le bassin est rempli d'une sérosité louche. Le *foie* est pâle, de volume normale. La vésicule contient un volumineux calcul.

Cœur hypertrophié. Rien dans les *poumons*. *Thymus* très développé, poids 30 grammes.

C. — PLAIES PAR MANŒUVRES ABORTIVES

OBSERVATION CXVIII. — SABIN (1). — Le 26 août 1878, M^{me} R..., âgée de 46 ans, mère de huit enfants, dont le plus jeune a quatre ans, vint me consulter pour des nausées et des vomissements : pas de douleurs ; pas de constipation. Elle me demanda si je pensais qu'elle fût enceinte, assurant qu'elle n'avait jamais rien ressenti de tel et que ses règles avaient été régulières jusqu'à il y a trois mois — Pas de leucorrhée ni aucun

(1) Rupture d'un utérus non gravide. *New-York med. Journ.*, 1879, p. 152. Malgré son titre, nous avons classé cette observation parmi les perforations abortives, pour les raisons que nous avons exposées, et d'accord avec MUNDE et MEINERT.

trouble utérin. Je lui prescrivis de la pepsine, et l'engageai à revenir me voir.

Elle revint le 28 ; ne se trouvant pas mieux ; et le 30, dans le même état. Je la revis deux jours après chez elle, et ne la trouvai pas améliorée. Je lui dis qu'à mon avis elle avait de la métrite, que ses vomissements étaient réflexes, et que je la reverrais deux jours après pour la visiter. Le jour où je devais y retourner, elle me fit dire de ne pas me déranger.

Je n'en entendis plus parler jusqu'au 4 octobre : Ce jour-là, son mari vint me chercher à 5 heures du matin, me priant de venir voir sa femme au plus vite, car elle perdait du sang à flots. A mon arrivée, je la trouvai défaillante et presque sans pouls, par suite de la perte de sang. J'administrai de l'ergotine, enlevai les caillots que j'examinai avec soin, mais sans y découvrir trace de fœtus ni de placenta. Du coton au tanin fut placé sur l'orifice utérin. Pas de douleurs, mais extrême faiblesse. Eau-de-vie en abondance. Après avoir passé 2 heures environ auprès d'elle, je la quittai pour revenir 3 ou 4 heures après.

A mon retour, j'appris qu'elle avait reçu les soins d'un honorable praticien de Troy ; ce confrère, appelé avant moi, arriva peu après, et nous la trouvâmes perdant encore, bien que moins abondamment qu'à ma première visite.

Ayant de nouveau enlevé les caillots et placé des tampons au tanin, nous remplîmes le vagin de gaze imbibée d'eau froide. L'hémorragie s'arrêta. On continua l'ergotine, et le cognac à large dose.

Elle se remonta un peu pendant la journée, mais resta néanmoins très faible et prostrée, vomissant dès qu'elle buvait en quelque quantité.

Samedi 5. — Rien de nouveau. Sondage.

Dimanche 6. — A 5 heures du matin je suis appelé : vive douleur à l'hypogastre. Injection hypodermique de morphine. J'enlevai le tampon, et évacuai la vessie, ce qui la soulagea quelque peu. A 11 heures du soir, tout espoir était perdu : mort à 3 heures.

Autopsie faite 25 heures après.

Corps bien conservé. Peau très pâle, cédant sous le doigt. Abdomen distendu par des gaz. Utérus gros comme à quatre mois, avec une rupture transversale du fond, de droite à gauche, s'ouvrant dans la cavité péritonéale. Pas de sang et très peu de pus dans l'abdomen. Tous les autres organes sains.

J'appris de mon confrère les faits suivants :

M^{me} R... l'avait fait appeler au commencement de septembre, pour des nausées et des vomissements. Il pense à une gastrite chronique et la revoit à plusieurs reprises. Un soir il est appelé pour des douleurs ressemblant à celles du travail. A l'examen, il trouve sortant de la vulve un polype du volume d'une petite figue, implanté dans l'utérus. Prenant une sonde pour l'examiner, et la passant autour du pédicule,

celui-ci se rompt et le polype tombe. Point d'hémorragie. La malade en souffrit si peu qu'elle fut en état de vaquer aux soins de son ménage, jusqu'au matin où l'on me fit chercher comme je l'ai raconté.

Deux questions naturelles se posent : comment et quand s'est rompu l'utérus ?

A la première question, je répondrai qu'à mon avis l'utérus a été rompu par les gaz formés derrière le tampon ; à la seconde, que cette rupture a dû se produire dans la nuit du samedi vers minuit, lorsqu'elle fut prise des douleurs que l'on nota.

Pour l'hémorragie, je pense que le polype en se détachant laissa une artère de la paroi superficiellement découverte, et que l'inflammation de la paroi musculuse en amena l'ulcération mortelle.

OBSERVATION CXIX. — LACASSAGNE (1) (résumée). — Autopsie de la femme Anna D... épouse C... décédée le 9 avril 1889, pratiquée le 27 avril.

Quand on écarte les cuisses, pour examiner les organes génitaux, une sanie rougeâtre s'écoule du vagin, et on voit saillir la paroi supérieure vaginale, poussée par les gaz abdominaux.

A l'ouverture de l'abdomen, mésentère rouge, enflammé, purulent. Il y a du pus entre les anses intestinales. La surface péritonéale est aussi couverte de pus ; lorsqu'on soulève le paquet intestinal, on constate la présence dans le petit bassin d'un verre environ de pus mélangé de sang...

Nous constatons sur le fond de l'utérus, en son milieu, une ouverture à bords assez réguliers, étendue selon le diamètre transversal de l'utérus ; longue de 34 millimètres, large de 11, et terminée à droite par une encoche.

La partie antérieure de l'utérus est rouge et noirâtre en certaines parties ; sur la paroi postérieure, quelques points noirâtres, comme ecchymotiques, qui peuvent tenir à la putréfaction. L'ovaire et le ligament large du côté gauche sont gros et infiltrés de sang.

La paroi vaginale antérieure étant sectionnée par une incision longitudinale, nous constatons que le corps utérin est gros. Son ouverture, en forme de croissant, mesure 26 millimètres de long. Pas de déchirures récentes.

Dimensions de l'utérus : Col et corps réunis, 118 millimètres environ

(1) Des ruptures de la matrice consécutives aux manœuvres abortives. *Archives d'anthropologie criminelle*, novembre 1889.

dont 44 pour le col, et 74 pour le corps. Le diamètre transversal maximum est de 70 millimètres. L'épaisseur maxima 14 millimètres. Sur la muqueuse, débris de caduque et de membranes, et saignée rougeâtre.

Autour de l'ouverture du fond de l'utérus, les parois sont plus minces, taillées en biseau aux dépens de la partie interne. Les bords de l'ouverture sont frangés. Près des bords la paroi est si mince en certains points qu'elle *est comme transparente*.

En résumé, la paroi utérine a été érodée suivant une surface de cône dont la base, correspondant à la muqueuse, a 47 millimètres. Du côté gauche, près et en dessous de la troupe, nous notons un épaississement en forme de tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise. Trois autres tumeurs analogues se trouvent en différents points de la surface interne. Lorsqu'on les incise, elles présentent une section nettement ecchymotique. Ce sont comme des thrombus. Relevons spécialement ce fait que, bien que nous ayons eu affaire à un utérus en état de gestation, nous n'avons pas trouvé de produit de conception dans l'utérus ni dans l'abdomen.

Résultats :

1° La femme C... a succombé au 5^e jour d'une métrite-péritonite;

2° Elle était enceinte de 2 mois 1/2 environ;

3° Le produit et les annexes n'ont été retrouvés ni dans les voies génitales ni dans l'abdomen;

4° Le fond de l'utérus est le siège d'une perforation.

OBSERVATION CXX. — Due à l'obligeance de notre collègue TOURNE-MELLE (inédite). — En 1897, à Saint-Antoine, dans le service de M. Blum, remplacé par M. Villemain, est admise d'urgence une femme atteinte de péritonite puerpérale aiguë, consécutive à une fausse couche provoquée de 3 à 4 mois. L'utérus est gros et mou. Signes d'infection non douteux.

Opération : laparotomie. Au fond de l'utérus, au voisinage d'une corne, on trouve deux perforations de la grosseur du pouce, à bords déchiquetés et étoilés. On pratique le curettage de l'utérus pendant qu'une main reste appliquée sur le fond de l'organe. Un drainage abdomino-vaginal est ensuite établi à l'aide d'un tube en anse, passant par l'orifice de la perforation (1) et sortant par la plaie opératoire. Drainage du pelvis avec un Mickulicz; l'utérus est bourré de mèches.

Mort le lendemain dans le collapsus.

OBSERVATION CXXI (2). — *Avortement provoqué à trois mois. Perfo-*

(1) On avait réuni en un seul les deux orifices, en sectionnant la mince bande de tissu intermédiaire.

(2) TARDIEU. Étude méd. lég. sur l'avortement. Obs. XXXVI

ration de la matrice sans issue du fœtus. Métro-péritonite rapidement mortelle. — Une jeune fille, âgée de 22 ans, enceinte de 3 mois, se rend chez une sage-femme qui lui introduit dans les parties un instrum. très aigu. Au moment où celui-ci a pénétré très profondément, elle ressent une violente douleur dans le ventre. Un peu de sang s'écoule et, les souffrances augmentant, elle est obligée de passer la nuit chez cette sage-femme, qui la ramène le lendemain matin à son domicile, où elle l'abandonne. Les douleurs vont en augmentant rapidement, et malgré le traitement énergique, la mort survient le quatrième jour. A l'autopsie, on trouve une péritonite très aiguë, dont le principal foyer est concentré autour de la matrice. Celle-ci contient un fœtus enveloppé de ses membranes intactes non enflammées et des eaux de l'amnios restées limpides. Dans l'épaisseur des parois du col, on découvre une perforation étroite, qui se prolonge en haut et en arrière jusqu'à 6 centimètres environ, et s'ouvre à la partie postérieure de l'utérus. La surface de la plaie fistuleuse était noire, mais le tissu environnant était sain. Il n'y avait aucune trace de caillot sanguin. L'œuf n'avait pas été intéressé.

OBSERVATION CXXII (1). — *Avortement provoqué à quatre mois et demi. Perforation de la matrice. Mort.* — Marie L..., âgée de 26 ans, enceinte de 4 mois et demi, se rend chez un officier de santé, le mardi 24 février 1835, à dix heures du matin, avec toutes les apparences de la meilleure santé. Elle prend le même jour à quatre heures du soir un bain; un second le lendemain, à onze heures du matin, et, vers deux heures, elle subit une opération tendant à déterminer l'avortement. Elle succombe trente heures après, dans la soirée du 26. On trouve à l'autopsie le col de la matrice dilacéré; au fond de l'utérus, une ouverture de 4 à 5 centimètres d'étendue dans laquelle sont engagés des débris de placenta. Enfin, dans le péritoine, un vaste épanchement en partie coagulé, et des signes d'inflammation commençante.

OBSERVATION CXXIII (2). — *Avortement provoqué par manœuvres directes. Blessures de la matrice. Mort.* — Nous avons reçu mission, le 16 décembre 1890, de procéder, de concert avec M. le Dr Ivan, à l'autopsie d'une fille de 18 ans, chez laquelle nous avons trouvé les désordres suivants :

Putréfaction avancée, principalement sur le ventre. Pas de traces extérieures de violences.

Ventre très tuméfié. Péritonite. Épiploons très injectés, noirâtres.

(1) *Ibid.* Obs. XXXVII.

(2) *Ibid.* Obs. XXXVIII.

Fausses membranes. Épanchement sanieux dans le bassin. Estomac contenant du sang décomposé. Pas d'inflammation intestinale.

Matrice grosse comme la tête d'un fœtus de six à sept mois; sanie très fétide accumulée dans sa cavité. Col ramolli, tuméfié, verdâtre. Vers l'angle gauche de l'orifice, déchirure qui se prolonge jusque dans l'épaisseur du col, et jusqu'au corps de l'organe. Intérieur de la cavité enflammée à un moindre degré que le col; débris de placenta au fond. Lait dans les seins.

Poumons très congestionnés. Ramollissement putride.

En résumé, cette femme avait succombé à une métrite-péritonite suraiguë, suite d'un avortement.

L'existence d'une déchirure du col et la violence de l'inflammation, beaucoup plus grande dans le col que dans le corps, démontraient d'une manière presque certaine que l'avortement avait été provoqué par des manœuvres directes, et notamment par une piqure faite à la matrice.

La grossesse de la fille M... pouvait être parvenue au 3^e ou 4^e mois, et l'avortement pouvait remonter à 10 ou 15 jours au plus.

OBSERVATION CXXIV (1). — *Avortement provoqué par manœuvres directes. Blessures de la matrice. Hémorragie. Mort.* — Une sage-femme de Paris a été traduite devant la cour d'assises de la Seine, et condamnée le 13 juillet 1853, dans les circonstances suivantes :

La jeune O. M... passait pour avoir des mœurs relâchées. Au mois de janvier, le bruit de sa grossesse se répandit dans son village. Le 9 février, elle se rendit à Paris à l'insu de sa mère. Dès le lendemain, elle écrivait à sa sœur qu'elle était malade, et elle la pria de lui envoyer des vêtements sous un nom supposé. Le 12, au soir, O... revenait; elle avait l'air souffrante. Dès le lendemain elle était prise d'une hémorragie considérable, suivi d'une fausse couche, et elle se délivrait d'un fœtus de trois ou quatre mois. Bientôt les accidents devenaient plus graves, et, malgré les soins du médecin, la jeune fille périssait d'hémorragie, le 18 février, au bout de six jours de maladie. Près de ses derniers moments, elle se décida à révéler à sa mère et au médecin les causes de son mal, qui n'étaient pas douteuses pour un homme de l'art. Le 9 février, O... était allée à Paris chez la fille M..., qui avait habité Ris, et dont l'enfant était sa filleule. La fille M... l'avait conduite chez une sage-femme qui, pour 100 francs, avait consenti à l'opérer. Cette femme lui avait introduit dans la partie un instrument qui lui avait causé une vive douleur; elle lui avait ensuite ordonné une longue promenade suivie d'un bain chaud.

(1) *Ibid.* Obs. XXXIX.

L'autopsie du cadavre de la victime a fait retrouver les traces de cette opération : les médecins ont constaté deux déchirures dans le trajet du col de l'utérus ; c'est-à-dire les traces du passage d'un instrument vulnérant dirigé dans la cavité utérine.

Dès lors, il était certain que des manœuvres et violences abortives avaient été pratiquées sur la personne d'O. M..., et que les blessures résultant de ces violences avaient occasionné l'hémorragie et la mort de cette jeune fille.

OBSERVATION CXXV (1). — SMITH. — *Avortement provoqué à cinq mois par manœuvres directes. Blessures de la matrice. Mort.* — En 1781, comparut devant le tribunal de Durham une accoucheuse du nom de M. Tinkler, accusée d'avoir fait périr une femme appelée Jeanne Parkinson, en lui introduisant dans l'utérus une baguette de bois. Cette femme, durant sa maladie, avait déclaré que, enceinte de 5 ou 6 mois, elle avait cédé aux conseils du père de son enfant, qui l'avait engagée à aller trouver la sage-femme pour savoir de quelle manière elle pourrait être débarrassée. L'opération à laquelle elle s'était soumise, avait en effet amené l'expulsion du fœtus vivant ; mais elle avait été suivie de la mort de la mère. Les chirurgiens appelés à examiner le cadavre constataient que la mort était le résultat des violences à l'aide desquelles avait été provoqué l'avortement, et dont ils trouvaient la trace dans les nombreuses déchirures et perforations faites à la matrice par les fragments de bois, qui y avaient été introduits, et qui avaient déterminé une inflammation gangreneuse.

OBSERVATION CXXVI (2). — *Perforation de la matrice par un instrument introduit pour provoquer l'avortement.* — Ce dernier exemple, que je crois inutile de rapporter en détail, est celui auquel j'ai fait allusion dans la XLIII^e observation. Il s'agit de la femme F... qui, dans le mois de décembre 1856, succomba à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr Béhier, quatre jours après un avortement provoqué par des manœuvres directes, vers le quatrième mois. Chargé de procéder à l'autopsie, je constatai une perforation de la matrice large comme une pièce de cinq francs environ, située sur le fond de l'organe, qui avait été traversé de part en part par la tige volumineuse et mousse d'un fer à papillottes. La plaie de la matrice était le siège d'une violente inflammation, avec infiltration de pus dans le tissu voisin, dont l'état contrastait avec l'intégrité des autres parties de l'utérus.

(1) *Ibid.* Obs. XXXV.

(2) *Ibid.* Obs. XLV.

OBSERVATION CXXVII. — TARDIEU (1). — *Avortement criminel. Perforation de la matrice attribuée par l'accusée à une rupture spontanée. Discussion du mémoire présenté par la défense.* — Au mois de février 1857, la Cour d'assises du département de l'Aisne jugeait et condamnait, pour crime d'avortement, un médecin de Saint-Quentin, que son âge et son titre de docteur n'avaient pas préservé de l'infamie. Sa défense, habile autant qu'audacieuse, souleva, pendant l'instruction d'abord, puis devant le jury, la discussion la plus vive et la plus intéressante à laquelle il m'ait été donnée de prendre part, et dans laquelle j'ai eu l'avantage de me sentir soutenu par les efforts unanimes de cinq confrères honorables de Saint-Quentin, MM. Cordier, Cattiau, Blin, Doublet et Lobgeois, qui m'aidèrent à faire partager à la justice notre conviction. Je reproduis ici, comme résumant très exactement la question débattue dans cette déplorable affaire, le mémoire que je rédigeai quelques jours avant les débats en réponse à celui de l'accusé.

En l'absence de renseignements précis sur les circonstances qui ont précédé et suivi l'avortement de la dame C..., les constatations anatomiques faites sur le cadavre formeront l'unique base de notre jugement et nous serviront à contrôler les assertions contenues dans le mémoire justificatif du Dr F...

Quant au récit qu'il donne de la marche et de la nature des symptômes observés soit avant, soit après la fausse couche, nous n'avons aucun moyen d'en apprécier la véracité, et nous n'en tiendrons compte que sous toute réserve.

De ces derniers renseignements il résulte que la femme C... a succombé, le 27 octobre dernier, vers minuit, après avoir fait, le 23 au soir, une fausse couche à deux ou trois mois de grossesse, et qu'à l'autopsie on a trouvé dans la matrice et dans la cavité abdominale des désordres profonds auxquels la mort doit être attribuée.

Que cette femme ait déjà fait d'autres fausses couches, que durant cette dernière grossesse elle ait éprouvé divers accidents, chute dans un escalier, choc contre un meuble, ou enfin qu'elle ait eu recours à différents moyens réputés propres à rappeler la menstruation, tels que application de sangsues, bains de siège, ce sont là des circonstances dont la réalité ne nous est pas démontrée, mais qui, dans tous les cas, ne sont que secondaires en présence des lésions constatées par l'autopsie.

Celles-ci sont tout à fait caractéristiques et il importe de les rappeler succinctement.

Le péritoine est le siège d'une inflammation presque générale et des

(1) Étude médico-légale sur l'avortement. Obs. XLIII.

plus intenses caractérisée par la production de fausses membranes étendues, de pus épanché à la surface de l'épiploon et entre les anses intestinales. Du sang altéré baigne les organes contenus dans le petit bassin. La matrice qui ne renferme que quelques débris du placenta et qui offre tous les caractères d'une récente délivrance est perforée vers le fond de sa cavité. Les bords de l'ouverture sont noirâtres, pulpeux et inégaux ; le tissu qui l'entoure, à une distance de 2 centimètres environ, est aminci et ramolli superficiellement ; mais au delà, la texture de l'organe n'est nullement altérée.

Les honorables experts qui ont procédé à l'autopsie ont conclu que ces lésions, consécutives à un avortement, étaient la cause de la mort ; et qu'elles avaient été elles-mêmes produites par des manœuvres directes exercées sur la matrice et notamment par l'introduction violente d'une tige métallique, se refusant ainsi à admettre que la perforation qu'ils avaient constatée au fond de la matrice eût pu survenir spontanément.

C'est précisément contre cette interprétation des désordres existant sur le cadavre de la femme C... que l'inculpé s'est efforcé de lutter en cherchant à en donner une explication différente ; et, c'est entre les deux systèmes que je suis appelé moi-même à me prononcer.

Je ne crois pas devoir suivre l'inculpé dans les explications personnelles par lesquelles il cherche à prouver que, si l'avortement a été provoqué, il n'en est pas l'auteur. Je ferai remarquer seulement ce qu'il y a de contradictoire dans ses explications qui admettent, d'un côté, la réalité de l'avortement provoqué, tandis que, de l'autre, le sieur F... fait tous ses efforts pour démontrer qu'il n'y a pas eu avortement. Je ne releverai pas l'insinuation par laquelle il essaye de faire croire qu'un coup de scalpel maladroitement dirigé aurait pu perforer la matrice au moment de l'examen cadavérique. Si l'inculpé avait cru sincèrement à la possibilité de cet accident, que contredisent formellement les caractères de la perforation, si nettement et si explicitement consignés dans le rapport, il ne se serait apparemment pas donné la peine de poser et de discuter la thèse d'une perforation spontanée.

C'est donc cette seconde partie de son mémoire justificatif que je me bornerai à examiner, en comparant les assertions qu'elle renferme avec les données positives de l'autopsie, qui, mieux qu'une argumentation théorique, peuvent éclairer le cas particulier qu'il s'agit de juger.

L'hypothèse à laquelle se rattache l'inculpé peut être exactement résumée en ces termes : La femme C... est morte d'une métrite-péritonite, six jours après l'avortement et d'une rupture de l'utérus arrivée une heure avant qu'elle succombât et parfaitement indiquée par le cri perçant et la syncope, sur lesquels a insisté le P^r Désormeaux. Cette rupture elle-même serait le résultat d'une inflammation et d'une gan-

grène déterminées par une forte contusion qui aurait eu lieu sur la matrice à une certaine époque de la grossesse.

Il n'est pas une seule de ces propositions qui ne soit en contradiction formelle avec les données générales de la science et avec les circonstances les mieux établies du fait dont il s'agit.

L'inculpé a bien compris que l'on ne pourrait se contenter d'attribuer l'avortement de la femme C... à une cause naturelle, telle que la prédisposition ou l'état d'affaiblissement de la constitution, ou encore une émotion morale. Une simple fausse couche ordinaire n'amène pas ces accidents terribles et ces désordres si étendus et si profonds. C'est pourquoi il a invoqué une violence extérieure, une chute, un choc. Mais alors même qu'il serait démontré que la femme C... est tombée de sa chaise ou s'est heurtée contre un meuble, ce n'est pas à l'époque peu avancée où elle était de sa grossesse que la matrice peut être atteinte dans de telles circonstances, par une contusion assez forte pour déterminer une inflammation et une désorganisation du tissu de l'organe. Les cas dans lesquels une violence extérieure directe a pu agir sur la matrice et en amener la rupture diffèrent essentiellement de celui-ci, soit par le développement plus considérable que présentait la matrice, soit par l'énergie plus grande de la cause vulnérante.

Dans l'hypothèse de l'inculpé, on a vu que la rupture ne serait survenue qu'au dernier moment de la vie et consécutivement à l'inflammation de la matrice. C'est là le point capital de son argumentation et il insiste pour le prouver, d'une part, sur le cri perçant qu'aurait poussé la femme C... quelques instants avant de mourir et, d'une autre part, sur le temps qui s'est écoulé entre l'avortement et la mort.

Mais le cri et la syncope auxquels le sieur F... paraît attacher tant d'importance ont, dans les auteurs auxquels il emprunte ce caractère, une signification toute différente de celle qu'il leur attribue. C'est dans les cas de rupture subite survenant soit dans le travail, soit dans un état de santé apparente, que ces phénomènes marquant le début des accidents, peuvent avoir une valeur pathognomonique et non chez une femme atteinte depuis plusieurs jours d'une maladie mortelle et prête à rendre le dernier soupir. Ce n'est pas d'une syncope qu'il s'agit chez la malheureuse femme C... mais des dernières douleurs de l'agonie.

Quant à l'objection tirée de la durée excessive qu'aurait eue la maladie à laquelle elle a succombé, elle ne mérite pas qu'on s'y arrête. Il est bon d'abord de faire remarquer que ce n'est ni six jours, ni huit jours, comme le prétend à quelques lignes de distance l'auteur du mémoire justificatif, que la femme C... a survécu à l'avortement, mais seulement quatre jours, car, d'après le propre récit de l'inculpé, délivrée dans la soirée du 23 octobre, elle n'existait plus le 27 à minuit, c'est-à-dire après quatre jours. Or, ce terme de quatre jours est préci-

sément celui qui marque la limite dans laquelle est contenue le plus ordinairement la durée de la métrô-péritonite consécutive à l'avortement provoqué par des manœuvres directes, maladie qui dure en général, ainsi que je l'ai établi d'après le relevé d'un grand nombre de faits, d'un à quatre jours. En 1856, j'ai été appelé à procéder, dans l'un des grands hôpitaux de Paris, à l'autopsie d'une femme qui avait succombé après quatre jours de maladie aux suites d'une perforation de la matrice résultant de violences abortives, qui offrait avec le cas de la femme C... la plus complète et la plus frappante analogie ; tandis que les deux exemples de blessures de la matrice cités par l'inculpé, par un coup de corne dans un cas, par une fourche dans l'autre, n'ont pas avec celui qui nous occupe le moindre rapport.

Mais il est d'autres preuves plus décisives encore à opposer aux assertions du sieur F... Elles résultent du caractère même des lésions si bien décrites dans le procès-verbal d'autopsie. L'aspect de la perforation, la couleur et la disposition de ses bords, la consistance des parties voisines indiquaient de la manière la plus positive que la solution de continuité n'était pas toute récente et n'avait pas précédé la mort de quelques instants seulement.

La présence du sang altéré dans le bassin ajoute à cette démonstration, en prouvant que l'épanchement remonte à une époque assez éloignée déjà du moment de la terminaison funeste.

Enfin, la généralisation et l'intensité de l'inflammation du péritoine constituent des caractères tout à fait propres à la péritonite par perforation et ne permettent pas d'attribuer la présence du pus à la surface des intestins et de l'épiploon à une autre cause qu'à la déchirure de l'utérus.

Il n'est donc pas douteux que celle-ci ait eu lieu au début même des accidents et en soit la cause déterminante : dès lors on ne peut l'expliquer que par une lésion directe de la matrice et, comme l'ont pensé les experts, par l'introduction d'un instrument vulnérant dans l'intérieur de l'organe ; car nous avons vu qu'une contusion extérieure n'ait pu atteindre la matrice au point de la désorganiser. Quant aux autres causes de rupture spontanée qui ont pu être signalées d'une manière générale, il est à peine nécessaire de faire remarquer qu'elles s'appliquent toutes à des conditions tout autres que celles dans lesquelles s'est trouvée la femme C...

C'est dans le travail d'un accouchement difficile, ou sous l'influence d'un très violent effort, ou encore dans le cas d'une désorganisation générale de la matrice due à une maladie putride que la perforation pourrait s'opérer spontanément. Ajoutons que l'état d'intégrité du tissu utérin exclut toute idée d'un travail morbide capable de favoriser la perforation.

En résumé, m'associant sans réserve aux conclusions des premiers experts et répondant aux questions posées dans la commission rogatoire je n'hésite pas à conclure que :

1° Il est possible de distinguer les cas de rupture spontanée de la matrice des cas où cette lésion est occasionnée par des causes traumatiques ; et en admettant comme exactes les constatations faites sur le cadavre de la dame C... il est permis d'affirmer que cette dame a succombé à une perforation de la matrice résultant des manœuvres abortives directes et à la péritonite aiguë qui en a été la suite ;

2° On ne peut s'arrêter un seul instant à l'idée que la lésion observée soit le résultat d'un coup de scalpel porté par les médecins chargés de l'autopsie, cette lésion a eu lieu très positivement pendant la vie ;

3° Les circonstances indiquées par l'inculpé comme ayant pu déterminer chez la dame C... une fausse couche naturelle eussent été absolument impuissantes à produire les désordres qui ont été constatés sur le cadavre ;

4° La nature, la marche et la durée des symptômes qui ont été observés chez la dame C... sont, de même que les lésions trouvées dans les organes, caractéristiques d'un avortement provoqué par des manœuvres criminelles.

OBSERVATION CXXVIII. — TARDIEU (1). — *Perforation de la matrice, suite de manœuvres ayant pour but de terminer violemment un accouchement à terme clandestin.* — L'affaire dont je vais parler est plus horrible encore que celle qui précède. Il s'agit d'un père qui, après avoir abusé de sa fille pendant plusieurs années et l'avoir rendue cinq fois mère, en faisant chaque fois disparaître le fruit de l'inceste, l'aurait enfin fait périr elle-même en la délivrant violemment. Les graves questions de médecine légale que soulevait ce fait inouï m'ont été soumises concurremment avec M. le D^r P. Lorain.

Nous commencerons par résumer, d'après les déclarations recueillies dans l'instruction, les antécédents relatifs à la santé de la fille P... et les faits qui ont précédé, accompagné et suivi l'accouchement.

Depuis 7 ans environ, cette fille, qui était âgée de 39 ans lors de son décès, était, au dire de sa sœur dont le récit empreint de la plus expressive naïveté mérite d'être reproduit textuellement : « Atteinte d'une maladie qui lui faisait beaucoup grossir le ventre et qui, vers la fin, lui donnait de fortes coliques. Cette maladie s'est renouvelée tous les 10 ou 11 mois. La première fois qu'elle fut malade, son ventre était énorme, ses jambes et ses bras étaient enflés et une nuit, vers 2 heures du

(1) Étude médico-légale sur l'avortement. Obs. XLIV.

matin, elle souffrait beaucoup, elle se plaignait, disant : « Cela ne finira donc jamais ! » puis tout d'un coup elle me dit : « Tiens, je sens quelque chose qui s'en va. » J'ai porté la main, j'ai senti que cela se balançait comme une vessie, puis cela s'est crevé et le lit a été inondé d'eau. » Tels étaient la marche et les symptômes de cette maladie singulière, qui s'est répétée avec la périodicité la plus frappante et dans laquelle il est impossible de ne pas reconnaître l'évolution régulière de plusieurs grossesses et les premiers indices du travail de l'accouchement. Il convient d'ajouter que l'examen du col de la matrice nous a fait reconnaître des traces de déchirures anciennes qui démontrent l'existence de grossesses et d'accouchements répétés. Pour ne parler que du dernier accouchement, celui qui a été suivi de la mort et sur lequel nous devons plus particulièrement donner des explications, aucune des phases qu'il a présentées n'est à négliger.

Elles sont d'ailleurs retracées de la manière la plus nette et la plus précise dans la déposition remarquable de la sage-femme Combault.

Lorsque celle-ci a été appelée dans la soirée du 4 mars dernier, les douleurs de l'enfantement, qui avaient paru depuis deux ou trois jours, étaient arrivées à la dernière période et le travail était assez avancé pour que, à travers le corps dilaté, la sage-femme trouvât la tête au détroit inférieur, la poche des eaux bien formée et les membranes intactes. Il n'est pas douteux qu'à ce moment la délivrance fût imminente et se fût accomplie rapidement si la poche eût été percée ; il est non moins constant qu'il n'y avait pas alors de déchirures de la matrice, puisque les eaux faisaient saillie à travers le canal largement dilaté et étaient encore contenues dans la poche régulièrement formée. D'ailleurs la fille P... n'éprouvait alors que des douleurs ordinaires de l'enfantement ; elle pouvait descendre de son lit, aller prendre une chemise sur un meuble et ne présentait, en un mot, aucun des terribles symptômes de la déchirure ou de la rupture de la matrice.

Huit heures plus tard, lorsque la sage-femme, qui avait été éloignée, revint, la scène avait complètement changé ; les traits de la fille P... étaient décomposés, les extrémités froides, le pouls presque insensible ; du côté de la matrice, les choses étaient aussi dans une situation bien différente : l'accouchement, qui la veille au soir était sur le point de se terminer naturellement, n'avait pas eu lieu et, cependant, on ne retrouvait plus la tête de l'enfant au seuil en quelque sorte du bassin. Elle était considérablement remontée, quoique les membranes fussent rompues. La faiblesse de la fille P... était telle qu'immobile et sans voix elle perdait à chaque instant connaissance. Quelques instants après, elle expirait.

La cause de ce changement inattendu et de cette mort si rapide a été révélée par l'autopsie, qui a permis de constater une lésion profonde

de la matrice, sur laquelle nous avons dû fixer toute notre attention. En effet, la question qui nous est soumise a précisément pour objet de déterminer la véritable nature de cette lésion et de reconnaître si elle est le résultat d'un accident en quelque sorte spontané du travail de l'accouchement ou d'une manœuvre directe exercée sur la matrice dans le but d'opérer la délivrance violemment et contre toutes les règles, par une personne étrangère à l'art.

L'examen, que nous avons fait de concert, des organes extraits du cadavre de la fille P... a pleinement confirmé les observations consignées dans le procès-verbal d'autopsie ; aussi, après les avoir rappelées succinctement, nous n'aurons ici qu'à en rechercher et à en démontrer la signification.

La matrice de la fille P... était déchirée et l'enfant parfaitement conformé et parvenu au terme de la vie intra-utérine, a passé dans le ventre à travers la déchirure. Celle-ci est située en arrière, au-dessus du col, transversale, d'une étendue de 12 à 15 centimètres, irrégulière et à bords déchiquetés, présentant toute l'apparence d'une plaie par arrachement, des débris du tissu utérin étant en partie détachés.

Nous constatons de la manière la plus positive que ce tissu n'est d'ailleurs nullement altéré, qu'il n'a subi aucun ramollissement morbide et n'offrait aucun changement dans sa texture qui pût l'exposer à se rompre. Il est à remarquer, en outre, que le col est notablement dilaté et que son ouverture répond très exactement aux constatations faites par la sage-femme Combault, c'est-à-dire à un travail régulièrement commencé et déjà assez avancé ; les membranes ont été trouvées, lors de l'autopsie, complètement rompues, preuve nouvelle du progrès qu'avait fait l'accouchement naturel.

Les caractères de cette lésion sont tellement tranchés, les circonstances dans lesquelles elle s'est produite sont si évidentes qu'il suffit de les avoir exposées pour en faire apprécier les causes et la véritable nature. Cependant il ne saurait être inutile de faire ressortir les différences principales qui permettront de distinguer la déchirure de la matrice, observée chez la fille Victorine P..., des ruptures spontanées qui peuvent survenir durant le travail de l'accouchement.

Une première remarque ne doit pas être négligée, c'est que ces ruptures spontanées de la matrice constituent en réalité un accident fort rare, surtout chez une femme qui a eu plusieurs enfants. Les conditions dans lesquelles elles se produisent ont en outre quelque chose de caractéristique. Tantôt elles résultent d'une altération du tissu de l'organe, d'un ramollissement partiel qui rend la matrice facile à rompre sous un effort peu considérable ; rien de semblable n'existait chez la fille P.... Tantôt, et c'est là le cas le plus commun, le tissu de l'utérus cède et se rompt pendant un travail difficile, lorsque le col ne se dilatant pas et

L'ouverture naturelle par laquelle l'enfant doit sortir ne cédant pas, des contractions énergiques, répétées, violentes, parviennent à surmonter la résistance des parois de la matrice, les déchirent et chassent le produit de la conception dans le ventre au lieu de le pousser hors du sein de sa mère. C'est là le mécanisme nécessaire, essentiel, des ruptures spontanées de l'utérus pendant l'accouchement.

Mais si, au contraire, le travail se préparant naturellement, le col a subi une dilatation suffisante pour que la poche des eaux fasse saillie au dehors ; si la tête de l'enfant, régulièrement engagée dans les voies naturelles, les a déjà parcourues presque tout entières et se trouve descendue au détroit inférieur, qui ne comprend que c'est par cette issue facile et libre, et non par une rupture impossible, que sortira l'enfant sous l'influence des contractions utérines ? Or c'est précisément dans ces conditions que se trouvaient les organes de la fille P... lorsque ont eu lieu les constatations si précises et, nous ne craignons pas de le dire, si exactes de la sage-femme Combault. Tout se préparait chez elle pour une délivrance naturelle, que l'on pouvait regarder comme imminente, et si le travail avait été un peu lent, ce qui paraît résulter de l'apparition de quelques douleurs, dans les deux ou trois jours qui ont précédé celui où elle a été examinée, il n'en est pas moins vrai que ce travail n'avait pas été stérile et avait amené une dilatation suffisante du col, la formation d'une poche des eaux et la descente de l'enfant jusqu'au détroit inférieur. Que l'on suppose à ce moment les contractions les plus énergiques, les plus désordonnées de la part de la matrice, celle-ci étant saine, exempte de toute lésion de tissu, l'enfant sera rapidement expulsé par les voies naturelles, la matrice ne se rompra pas.

Cependant cet enfant n'est pas sorti du sein de sa mère, on l'a retrouvé dans la cavité abdominale, dans une position qui indique qu'il se présentait non dans une position tout à fait vicieuse, mais la tête un peu déviée de la position la plus ordinaire. Il n'est pas difficile de voir comment il avait pu ainsi changer de direction. Quelque dilaté qu'ait été le col utérin, quelque libres que se soient trouvées les voies naturelles, elles n'étaient ni aussi larges, ni aussi faciles que l'ouverture béante offerte par la déchirure de 15 centimètres faite à la paroi postérieure de la matrice. C'est par là que devait nécessairement passer l'enfant, au moment même où la déchirure s'est produite ; mais, nous le répétons, celle-ci ne pouvait, chez la fille P..., se produire spontanément, l'intégrité du tissu de l'utérus, le progrès régulier du travail s'y opposaient d'une manière absolue.

Tout concourt ainsi à démontrer que la déchirure est le résultat d'un véritable arrachement : sa forme, son siège dans la partie la plus accessible à une main inhabile, ses bords réguliers, déchiquetés, en partie

détachés, son étendue lui assignent tous les caractères des plaies par arrachement et viennent ainsi confirmer, en établissant sa nature, ce que nous avons dit de son origine.

Des tractions opérées avec violence et précipitation pour saisir l'enfant, dans une intention que nous n'avons pas à rechercher, ont presque nécessairement dû amener cette déchirure de la matrice, par laquelle l'enfant devait forcément échapper d'une manière subite à la main inhabile ou criminelle qui voulait le saisir.

En résumé, de l'exposé des faits qui précèdent, des constatations et de la discussion à laquelle nous nous sommes livrés, nous n'hésitons pas à conclure que :

1^o Les prétendues maladies qu'aurait eues à cinq reprises la fille Victorine P..., et qui auraient présenté des caractères et une durée identiques, ne sont autre chose que des grossesses répétées et successives ;

2^o La mort de la fille P... est le résultat de la déchirure de la matrice ;

3^o Cette déchirure a été manifestement produite par des manœuvres directes et violentes opérées au dernier moment d'un accouchement qui était sur le point de se terminer d'une manière naturelle ;

4^o Elle ne saurait, dans aucun cas, être attribuée à une rupture spontanée de la matrice ou à une cause accidentelle quelconque survenue pendant le travail.

OBSERVATION CXXIX. — FRORIEP (1). — Froriep raconte l'histoire d'une femme, qui, s'étant introduit une aiguille dans la matrice afin de se faire avorter, ne put retirer cet instrument. Au bout de quelques semaines, un abcès se forma dans la région de l'aîne, et donna issue à ce corps étranger, dont la femme fut ainsi délivrée sans accidents sérieux.

OBSERVATION CXXX. — RAYNARD (2). — *Avortement tenté par manœuvres directes. — Blessures de la matrice et de l'artère iliaque interne. Hémorragie mortelle.* — Une femme âgée de 46 ans, enceinte de 6 mois, s'adressa à un charlatan qui, sur sa demande, se mit en devoir de la faire avorter, et pratiqua une opération qui, au bout de douze heures, était suivie de la mort de la malade.

L'autopsie permit de constater les faits suivants : cadavre exsangue, la cavité abdominale renferme une énorme quantité de sang en partie coagulé ; la paroi postérieure de l'utérus offrait une ouverture du diamètre d'une sonde ordinaire, qui s'étendait jusqu'à l'artère iliaque in-

(1) Cité in TARDIEU. Étude médico-légale sur l'avortement et Thèse, LENOIR, 1898.

(2) Thèse, LENOIR. Obs. XXI.

terne du côté droit, qui était elle-même perforée au-dessous de son origine. L'ouverture du vaisseau aurait pu admettre une plume d'oie ; trois autres piqûres existaient à travers l'utérus... Malgré leur multiplicité aucune de ces ponctions n'avait atteint l'œuf. Les membranes étaient intactes, ainsi que le fœtus.

OBSERVATION CXXXI. — PÉTREQUIN et FOLTZ de Lyon (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 28 décembre 1869). — *Extraction par l'ombilic d'une sonde de femme introduite par les voies génitales*. — La nommée X..., mère de plusieurs enfants, me fit appeler, dit M. Foltz, pour lui donner des soins et me raconta qu'étant enceinte de 6 semaines à 2 mois, elle avait voulu se blesser ; qu'à cet effet, elle s'était introduit dans la matrice une sonde de femme, et que l'ayant poussée trop loin, elle n'avait pu la ressaisir et avait été obligée de l'abandonner. Une perte et tous les symptômes de l'avortement s'en étaient suivis ; mais bien que la malade eut examiné avec soin les matières expulsées, elle ne retrouva pas le corps étranger. Plus tard, elle avoua que l'introduction de la sonde était l'œuvre d'une sage-femme. Cette introduction datait de six jours ; j'explorai avec le doigt, le spéculum, une sonde de femme et la sonde de Simpson, toutes les cavités vaginale, utérine, rectale, vésicale, ainsi que les parois abdominales, sans rien découvrir. Je conseillai l'expectation et recommandai de m'avertir au moindre malaise.

Au bout de quatre mois, la malade revint se plaignant d'une tumeur à l'ombilic : celle-ci est un peu saillante, mais dure, arrondie et se réduit à la moindre pression. Un doigt introduit dans le vagin, un autre appliqué sur la tumeur, je reconnais la sonde et lui communique des mouvements de va-et-vient. L'instrument représente assez bien par sa direction l'axe du détroit supérieur du bassin.

J'appelle en consultation M. Pétrequin : nous reconnaissons la présence du corps étranger, mais celui-ci est très mobile, il est difficile de préciser le siège de son bout inférieur, et, quand la femme est couchée, le corps étranger disparaît comme par enchantement, sans qu'on puisse le retrouver.

Il fut décidé : 1° qu'on dilaterait préalablement la cavité utérine avec l'éponge préparée ; 2° qu'on irait à la recherche du corps étranger par les voies génitales ; 3° que s'il était impossible de l'atteindre par ce côté, on pratiquerait une boutonnière à la paroi abdominale, sur le sommet de l'instrument.

La matrice dilatée pendant plusieurs jours, je reconnus que le bout inférieur de la sonde était logé dans la paroi antérieure de l'utérus ou plutôt entre l'utérus et la vessie dans la cloison utéro-vésicale, au niveau du col utérin, dont la lèvre antérieure était notablement épaiss-

sie; je reconnus en outre qu'on ne pouvait saisir le corps étranger que quand la femme était debout et même qu'après qu'elle avait marché au moins une heure. Dans toute autre circonstance, il échappait aux investigations.

M. Pétrequin et moi nous procédâmes à l'opération de la manière suivante : La malade étant placée debout contre un meuble et soutenue par deux aides, je fixai par deux doigts l'extrémité supérieure de la sonde, saillante à l'ombilic, tandis que M. Pétrequin, introduisant l'index gauche dans l'utérus fendit toute la lèvre antérieure du col. Malgré une recherche approfondie, nous ne pûmes arriver jusqu'au corps étranger.

Le lendemain, nous reprîmes l'opération, mais nous dûmes renoncer à l'espoir d'extraire le corps étranger par les voies génitales. Il fallut se décider à l'extraction par la paroi abdominale. Avec deux doigts introduits dans le col, je soulevai le corps étranger et je fis saillir son extrémité supérieure à l'ombilic où je le retins entre le pouce et l'index de l'autre main. M. Pétrequin fit alors sur la tumeur, près du bord droit de l'anneau ombilical, une petite incision en prenant la peau et l'aponévrose. Poussant aussitôt l'instrument de bas en haut, je fis sortir de vive force, son extrémité par la boutonnière pratiquée. M. Pétrequin saisit la sonde et la tira en lui communiquant un mouvement de torsion pour la dégager; car en la soulevant, on eût entraîné l'utérus et la vessie.

Fièvre les 2 ou 3 premiers jours, guérison au 8^e jour.

Conclusion. — L'instrument avait selon toute probabilité perforé obliquement la paroi antérieure du col, puis il avait glissé entre l'utérus et la vessie, avait percé le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin et s'était élevé entre les anses intestinales jusqu'à l'ombilic. Après l'évacuation du produit de la conception et le retrait de l'utérus sur lui-même, le corps étranger avait continué à cheminer; son bout inférieur avait franchi la paroi utérine et était venu se loger dans la cloison vésico-utérine.

L'hypothèse du passage de la sonde par le cul-de-sac antérieur du vagin est écartée par le fait qu'il n'y avait aucune trace de lésion sur ce point.

L'hypothèse du passage de la sonde par l'urètre et la vessie est réfutée par les faits. La sonde dans la vessie n'aurait pas produit l'avortement; le cathétérisme vésical n'avait rien découvert; à aucune époque, il n'y avait eu ni douleur, ni troubles dans les voies urinaires.

OBSERVATION CXXXII. — HIVET (1) (résumée). — L'auteur a trouvé à

(1) HIVET. *Société obst. et gyn.*, avril 1898.

l'autopsie une perforation de l'utérus siégeant en arrière du col : cette perforation s'ouvrait dans un large hématome placé entre les deux feuillets du ligament large ; on trouvait dans cet hématome un fœtus de trois mois environ avec le placenta.

Il suppose que cette perforation est due à des manœuvres abortives.

OBSERVATION CXXXIII. — M^{me} TSCHERNOMORDIK-GINSBOURG (1) (résumée). — L'auteur fut appelée près d'une femme de 30 ans bien constituée, mais fébricitante, avec accélération du pouls, météorisme et douleur à la pression du ventre, écoulement sanguinolent et fétide par le vagin. Déchirure récente de l'orifice externe du col. Utérus augmenté de volume et peu mobile. Exsudat dans les culs-de-sac vaginaux. Orifice cervical ouvert, admettant un doigt qui arrive dans une cavité remplie de caillots sanguins. A gauche elle contient un corps solide à extrémités rugueuses qui a glissé dans la profondeur. Il s'agissait d'une perforation du col utérin, au-dessous de l'orifice interne. La cavité utérine était vide, sa surface inégale. La malade succomba et a avoué avant sa mort qu'elle a provoqué un avortement, ayant introduit un fuseau dans les parties génitales. Elle n'a pu l'extraire et a cassé le bout qui faisait saillie par la vulve.

OBSERVATION CXXXIV. — VINCENT (2). — *Perforation de l'utérus dans des manœuvres abortives ; engagement et étranglement d'une anse de l'intestin grêle au travers de la perforation ; péritonite ; laparotomie ; entérostomie iléo-cæcale ; suture de l'utérus et hystéropexie ; mort.* — Une femme non mariée, de 34 ans, se présente à la consultation de la Charité en disant qu'elle a fait une fausse couche, et qu'elle n'est pas délivrée.

Elle a perdu beaucoup de sang et elle souffre. Elle a eu des vomissements. On ne peut obtenir d'elle aucun autre renseignement. Le premier examen fait constater que le col est assez serré ; l'hystéromètre pénètre profondément ; la pince de Reverdin aussi. L'irrigation ne ramène pas beaucoup de débris. On fait le tamponnement à la gaze iodoformée pour dilater le col et provoquer le détachement du placenta qu'on dit inclus.

Le lendemain, le tamponnement est enlevé et l'on se met en œuvre de procéder à l'ablation de l'arrière-faix que la femme dit n'être pas sorti. La pince ramène un segment tubulaire de 30 à 40 centimètres qu'on reconnaît être une partie de l'intestin grêle qui s'est engagé au

(1) Journ. d'accouch. et de gyn. de Saint-Petersbourg, 1894.

(2) Société nat. de méd. de Lyon, 6 juillet 1896.

travers d'une perforation de l'utérus. La laparotomie s'imposant, on prépare la malade pour cette opération qui est pratiquée le lendemain. Recherche des deux bouts de l'intestin qui ne fait trouver que le bout inférieur. Entéro-anastomose latérale du segment de l'intestin grêle et du cæcum. Suture de la perforation de l'utérus et hystéropexie.

La femme succomba aux suites de sa péritonite, dix-huit heures après ces opérations.

Avait-on fait en ville un curettage violent ?

A-t-on perforé l'utérus avec une tige résistante ?

C'est fort probable, mais on ne peut formuler ici que des hypothèses, la malheureuse femme ayant voulu emporter son secret dans la tombe.

OBSERVATION CXXXV. — PATRU (1). — *Passage d'une sonde de l'utérus dans le rectum.* — Multipare, 39 ans, se disant enceinte d'environ 4 mois. Présente à l'examen un utérus non gravide en position normale. Mais dans le paramétrium droit on trouve une tuméfaction allongée, dure et sensible. Par le toucher rectal on perçoit un corps solide qui ayant perforé la muqueuse rectale à 6 ou 7 centimètres de l'anus fait saillie dans l'ampoule. Patru insinua une pince à pansement le long de son index et réussit à extraire une sonde noire demi-molle de 21 centimètres de longueur, repliée sur elle-même, formant un paquet de 6 à 7 centimètres enduit de pus fétide. La malade avoua qu'une sage-femme de Paris lui avait introduit cette sonde depuis plus de trois mois pour provoquer une fausse couche. Mais au lieu de la sonde et d'œuf elle n'avait rendu que du pus dans les mois qui suivirent et ressentit des douleurs peu intenses. Elle n'aurait probablement pas consulté si elle n'avait été persuadée que la grossesse suivait son cours.

Il est probable que cette sonde, tassée dans la matrice, avait ulcéré la muqueuse, puis la paroi utérine, et formé peu à peu dans le paramétrium un abcès qui s'ouvrit dans le rectum, voie habituelle de l'évacuation des collections péri-utérines. Tout ce travail s'était fait sans bruit. Les suites furent simples, et les règles reparurent dix jours après.

OBSERVATION CXXXVI. — FAURE (inédite). — En 1899, remplaçant M. Reclus à l'hôpital Laënnec, M. Faure a vu une femme de 25 ans, entrée à l'hôpital pour une métrorrhagie, consécutive à un avortement provoqué. Des signes de péritonite, d'abord obscurs, se précisent au bout de 4 à 5 jours, et conduisent à la laparotomie.

On trouve du pus dans le petit bassin, et, sur le fond de l'utérus,

(1) PATRU. *Revue méd. de la Suisse Romande. Soc. méd. de Genève*, 4 mars 1896.

une plaie admettant l'extrémité du doigt. Hystérectomie. Drainage abdomino-vaginal. La malade succombe deux jours après.

OBSERVATION CXXXVII. — COUTAGNE (1) (résumée). — Maria M..., fille de 21 ans, morte le 23 juin 1881. Deux jours avant, elle a subi des manœuvres abortives, à la suite desquelles une perte abondante s'est déclarée. — Administration d'ergot de seigle ; mort avec symptômes de péritonite suraiguë.

AUTOPSIE le 29 juin.

Dans le pelvis, on trouve environ un verre et demi de pus sanguinolent ; un fœtus long de 15 centimètres, et pesant 36 grammes ; encore réuni par un cordon intact à un placenta de 12^{sr},50. Le fond de l'utérus, entre les orifices des deux trompes, a complètement disparu. — Le tissu, au niveau des bords de cette perte de substance, est frangé, aminci, comme étiré. — L'auteur pense que la perforation utérine produite par les manœuvres abortives, et qui devait présenter des dimensions beaucoup moindres, s'est agrandie pendant les heures suivantes, du fait de la contraction utérine, et de l'administration intempestive d'ergot.

OBSERVATION CXXXVIII. — POIRIER (inédite). — *Déchirure traumatique de l'utérus ; péritonite localisée autour de l'utérus ; drainage abdomino-vaginal.* — M^{me} B..., entrée à l'hôpital Tenon dans le service de M. le D^r Poirier, salle Richard-Wallace, le 30 décembre 1899.

La malade entre d'urgence le 30 décembre dans la soirée pour des accidents graves post abortum.

Les dernières règles remontent au 18 septembre 1899.

Le 26 décembre, la malade se fit *elle-même* (?) une injection intra-utérine d'eau de savon, avec une canule en caoutchouc durci.

Elle ressentit aussitôt des douleurs intolérables, à crier, dans le « bas-ventre » et perdit connaissance pendant un certain temps. Bientôt après survinrent des vomissements verdâtres.

L'expulsion de l'œuf eut lieu le 27 décembre au milieu de douleurs, mais sans hémorragie considérable.

Les 28, 29 décembre, les douleurs persistant, le ventre se ballonna, la fièvre s'alluma, vive (sans indication thermométrique). Il y avait du hoquet, des vomissements fréquents et verdâtres, témoignant de l'existence d'une péritonite généralisée.

A son entrée, la malade est examinée par l'interne de garde (ancien interne en chirurgie) qui constate un écoulement utérin de mauvais

(1) *Lyon médical*, 1882.

aspect (séro-purulent) et un utérus gros et douloureux. Il pensa à une rétention de membranes et fit, à 9 heures du soir, un curettage prudent, avec la curette mousse de Récamier, en usage dans le service.

Le curettage fut suivi d'une irrigation utérine abondante avec plusieurs litres d'eau bouillie, puis d'un tamponnement avec de la gaze aseptique.

Le lendemain et le surlendemain l'état général s'améliore. Plus de vomissements ; mais la température reste au-dessus de 38 ; le pouls est rapide, le facies pâle, grisâtre.

2 janvier. — Pansement par l'interne du service. Au toucher, le col largement ouvert, mou, admet deux doigts.

Dans la partie droite du petit bassin, on délimite par le palper combiné une tumeur arrondie, rénitente, semblant légèrement mobile avec le col, douloureuse à la pression.

Cette masse paraît être le corps de l'utérus gros.

Dans le cul-de-sac postérieur gauche il existe une tuméfaction douloureuse assez volumineuse, collée à l'utérus, donnant l'impression d'une annexite avec péri-annexite.

A ce moment, le *diagnostic* porté est le suivant : gros utérus infecté, peut-être mal vidé, avec annexite.

Traitement : injections intra-utérines matin et soir.

Le 4 janvier au matin, M. Poirier, au retour des vacances du jour de l'an, voit la malade dans son lit, fait le toucher vaginal, constate l'existence d'un utérus gros, laissant suinter un liquide sanieux très fétide, puis fait transporter immédiatement la malade à la salle d'opération pour faire le nécessaire.

Sur la table d'opération, à l'examen au spéculum, un phénomène nouveau frappe immédiatement les assistants : par l'orifice utérin s'écoule une grande quantité de pus extrêmement fétide ; au toucher, on ne retrouve plus la volumineuse tumeur latérale droite que l'on avait constatée les jours précédents ; la sonde de Doléris introduite dans l'utérus pénètre sans l'ombre de résistance à une profondeur telle, que M. Poirier porte le diagnostic de rupture de l'utérus.

Il intervient de suite par laparotomie médiane sous-ombilicale ; rien de notable dans les plans superficiels.

A l'incision : œdème du tissu sous-péritonéal et prévésical. Derrière le péritoine incisé, apparaît l'épiploon, vascularisé, formant un gâteau induré adhérent à l'utérus ; au-dessous de l'épiploon, le doigt ouvre une grosse collection suppurée péri-utérine droite et sent l'extrémité du drain qui avait été mis dans l'utérus pour assurer l'écoulement du pus. Après essuyage du pus, le globe utérin apparaît rouge. Sur sa paroi antérieure existe une déchirure irrégulière à bords déchiquetés et sphacelés longue d'environ 4 centimètres et de forme anguleuse, en z très allongé.

En arrière de l'utérus on trouve une grosse collection purulente, dans le cul-de-sac postérieur.

Au voisinage de l'utérus, les anses grêles sont vascularisées, dépolies : il y a des signes évidents d'une péritonite généralisée.

M. Poirier agit alors la question de savoir s'il doit enlever l'utérus ; les lésions lui paraissant limitées, il prend le parti de le laisser en place en drainant largement. Il introduit dans l'utérus, par la déchirure, un gros drain qui descend dans le vagin d'une part et ressort par la plaie abdominale d'autre part. De plus, quatre autres drains sont placés dans toutes les directions dans la partie inférieure de la cavité abdominale.

Pendant l'intervention un aide injecte un litre de sérum dans la saphène.

Suites opératoires. — Le soir : La malade a très bien supporté cette grave intervention, le pouls est bon, la température est à 38°, le visage est meilleur, plus rosé ; la malade se sent mieux.

Grand lavage abdomino-vaginal par les drains. Le lendemain, l'injection intra-veineuse de sérum est renouvelée.

La malade n'a pas vomi ; pouls plein.

Les jours suivants, grands lavages à l'eau bouillie (7-8 litres) abdomino-utérins ;

Successivement tous les drains sont enlevés, d'abord les drains abdominaux, puis le 25 janvier le *drain abdomino-vaginal*.

La malade sort complètement guérie le 5 mars.

Retour des règles trois mois après l'opération.

Du pus provenant de la cavité abdominale a été recueilli à l'aide de pipettes, et l'on a pratiqué desensemencements. Il s'agissait de streptocoque *extrêmement virulent*.

Après lavage du péritoine on a recueilli à l'aide de pipettes du liquide péritonéal dont lesensemencements sur gélose pure et autres milieux sont restés stériles (Læwy et Loeper).

D. — PLAIES AVEC LÉSIONS DE L'INTESTIN

OBSERVATION CXXXIX. — ALBERTI (1) (résumée). — Une multipare de 32 ans, après un retard de quelques jours dans ses règles, est prise d'une hémorragie abondante, qui se prolonge durant un mois. A ce moment, un médecin, ayant constaté une anémie profonde, de la fièvre,

(1) *Centralbl. für gyn.*, 29 septembre 1894.

un utérus volumineux, un col fermé, renfermant des débris fétides, se propose de faire le curettage. Après un lavage avec une solution de lysol à 1 pour 100, il introduisit lentement une curette de Roux jusqu'au fond de l'utérus, fit deux grattages prudents, introduisit ensuite une pince à polypes pour extraire les tissus détachés. Ce qu'il ramena avec sa pince fut une anse d'intestin grêle. Il ne sortit pas une goutte de sang ; mais la malade se plaint et se trouve mal. Le médecin, sans essayer de réduire l'intestin, tamponne le vagin tout autour de l'intestin avec de la gaze iodoformée et fait transporter la femme à l'hôpital.

Trois heures après, l'auteur l'examine : femme pâle, affaiblie ; peau chaude, pouls 132, ventre gros, sensible au-dessus de la symphyse. Après enlèvement des tampons, on trouve, dans le vagin, une anse d'intestin grêle, un peu rouge, violacée.

Laparotomie. L'anse avait pénétré à travers une déchirure de 4 centimètres siégeant au bord droit de l'utérus. Elle était fixée au niveau de l'orifice interne, et il fut impossible de l'en détacher.

On introduisit alors un doigt de haut en bas, pendant qu'un aide passait le doigt de bas en haut dans le vagin, jusqu'à rencontre des deux doigts. Puis on fit deux incisions au niveau de l'orifice interne ; mais l'intestin ne se réduisait toujours pas. On ne put l'attirer qu'après avoir vidé l'intestin des gaz qu'il renfermait, en pressant de bas en haut par le vagin. On constata alors sur cet intestin deux sillons bleuâtres, brillants à la surface, séparés par une distance de 17 centimètres.

Le mésentère présentait une légère déchirure, produite par la pince. On sortit l'anse intestinale hors de l'abdomen et on la lava avec une solution phéniquée à 3 pour 1 000. La déchirure de l'utérus peu augmenté de volume avait 3 centimètres de long, était dirigée de haut en bas, le long du bord droit, jusqu'au niveau de l'orifice interne. Pas la moindre goutte de sang. Le muscle utérin était flasque et mou, d'une apparence cireuse et si mince qu'en faisant la suture simple, les fils coupaient. On fit alors 4 sutures de Lembert et on recouvrit la cicatrice avec une partie du ligament large droit.

Pendant les sutures, deux débris placentaires gros comme des pois s'échappent. Pour cette raison, on introduisit de nouveau la curette de Roux, pendant qu'on maintenait le fond de l'utérus.

Malgré la prudence avec laquelle on agissait, la main qui tenait l'utérus donnait l'impression qu'une perforation nouvelle allait se produire ; tant la paroi était mince et molle. On ramena ainsi quelques débris fétides. Pas la moindre contraction utérine.

Les suites de la laparotomie furent normales et au 4^e jour il y eut une selle à la suite de l'administration d'un lavement.

Quatre semaines après, nouvelle hémorragie abondante. On fit un

curettage et on retira des morceaux de muqueuse utérine ramollie. L'hémorragie s'arrêta, pour reparaitre de nouveau avec violence au bout de six semaines. L'utérus était toujours gros. Nouveau curettage, plus énergique, sortie de nombreux morceaux de muqueuse utérine. On fit encore 3 injections de teinture d'iode, après quoi la régression utérine se fit et les règles revinrent régulièrement.

L'auteur insiste sur l'extrême minceur de la paroi utérine chez cette femme. Ce n'était plus qu'une membrane molle. Dans les cas de grossesse normale, le segment inférieur est normalement mou et mince ; mais cette disposition est plus rare dans l'avortement.

Il importe encore de noter l'absence complète d'hémorragie au moment de la rupture.

OBSERVATION CXL. — VEIT (1) (résumée). — Avortement, rétention placentaire. Un médecin fait trois tentatives de curage digital. — Il introduit enfin une grande pince, dans le but de saisir des fragments placentaires ; avec cette pince, il perfore l'utérus, et amène une anse intestinale.

Quelques heures après, l'auteur pratique la réduction de l'anse, puis l'hystérectomie vaginale ; cette intervention n'empêche pas le développement d'une péritonite septique, qui emporte la malade en 48 heures.

OBSERVATION CXLI. — GUSSÉROW (résumée). — Rétention des membranes après avortement. — Curettage. — La pince introduite ensuite dans le but d'extraire les débris détachés ramène de l'épiploon. — Laparotomie ; résection de l'épiploon étranglé ; hystérectomie supravaginale. — La malade, opératoirement guérie, meurt au 25^e jour, d'une embolie pulmonaire consécutive à une thrombose de la fémorale.

OBSERVATION CXLII. — ORTHMAN (résumée). — Avortement à 3 mois, suivi d'hémorragies rebelles ; curettage ; une pince, introduite pour ramener les débris ramène une anse intestinale *perforée et arrachée de son mésentère*. — Laparotomie : l'anse présentait une adhérence étendue et ancienne à l'utérus (d'où la perforation simultanée des deux organes). — Hystérectomie abdominale, résection intestinale et sutures. — Guérison.

OBSERVATION CXLIII. — OLSHAUSEN (résumée). — Avortement. Rétention placentaire. — Curettage. — On ramène une anse d'intestin avec

(1) Observations de Veit, Gussérow, Orthman, Olshausen, Martin. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1894. Citées par DUMONT. *Arch. de toc.*, mars 1895.

une pince. — Laparotomie : résection de 30 centimètres d'intestin, *on laisse l'utérus*.

Mort de péritonite septique.

OBSERVATION CXLIV. — MARTIN (résumée). — Avortement. — Rétention. — Curettage. — La pince ramène 75 centimètres d'intestin : à ce moment, le malheureux opérateur perd la tête, arrache l'intestin de son méésentère, et le coupe, disant aux assistants que c'est le cordon. — Il court chercher Martin, mais avant son arrivée, la femme est morte de collapsus.

OBSERVATION CXLV. — VAN RIPER (1) (résumée). — Femme de 30 ans, multipare, ayant eu un an auparavant son dernier enfant. Aucun signe de grossesse tubaire. Légère perte de sang le mois précédent.

Le médecin diagnostique un polype et fait le curettage.

Anesthésie par l'éther. La sonde, qu'il enfonce tout d'abord, entre à une profondeur de 6 pouces. L'opérateur pense alors qu'il a cathétérisé un utérus gravide, et veut enlever le prétendu fœtus.

A l'aide du dilateur de Goodell, il dilate le col avec hémorragie considérable ; puis, introduisant une pince à faux germe, il sent qu'il accroche quelque chose et essaie de l'enlever.

Ce qu'il amène c'est une anse intestinale.

La malade est alors portée à l'hôpital, où l'auteur la trouve dans un collapsus extrême. Température élevée, pouls 140, petit et dépressible, respiration 40.

Le ventre est météorisé, tympanique à la percussion ; les extrémités froides ; tout indique que la perte de sang a été considérable.

Laparotomie : une grande quantité de sang, liquide et coagulé, occupe l'abdomen. Lavage au sérum artificiel.

On trouve alors que l'utérus porte en avant, depuis le fond jusqu'à l'insertion du vagin, une plaie en forme de fente verticale. A la partie inférieure, la vessie est détachée de l'utérus. En outre, le fond présente près de la corne droite une perforation par laquelle s'engage l'intestin déchiré. L'anse, qui a pénétré par cette plaie, s'est étranglée sur le pont de tissu utérin séparant les deux plaies.

Il est évident que la perforation a été produite par la sonde ; la fente par le dilateur.

Il est nécessaire, comme temps préliminaire, d'inciser entre les deux plaies le tissu utérin. On fit ensuite l'hystérectomie totale, puis la résection de l'anse déchirée, et l'anastomose bout à bout. On enleva en tout 26 pouces du jéjunum.

(1) *Medical News*, 22 août 1896.

Tout se borna à un peu de cystite. La malade se rétablit, et fut revue 11 mois après, en parfait état.

OBSERVATIONS CXLVI, CXLVII et CXLVIII. — MANN (1) (résumées).
— Avortement. Curettage. Perforation. Procidence de l'intestin.

Laparotomie ; on est contraint, vu les lésions du tube intestinal, de réséquer un segment de cæcum et de l'intestin grêle. On pratique une anastomose termino-latérale de l'intestin grêle avec le gros, avec le bouton de Murphy. Guérison.

[L'auteur rapporte encore, sans commentaires, deux cas semblables, avec une guérison et une mort.]

E. — FISTULES MÉTRO-PÉRITONÉALES

OBSERVATIONS CXLIX, CL, CLXI, CLII (2). — LAWSON TAIT (résumées).
— 1^{er} cas. — Perte de sang abondante dans un utérus mal revenu sur lui-même après l'accouchement : pendant le curettage, la sonde « glisse » deux fois de suite à une grande profondeur ; dix-sept jours après, la sonde glisse avec la même facilité par l'orifice, qui paraît siéger à égale distance des cornes utérines, et un peu en avant.

2^e cas. — Avortement de 5 mois. Subinvolution. La sonde introduite pénètre droit jusqu'à l'ombilic sans rencontrer de résistance : elle semble avoir passé au milieu du fond.

3^e cas. — Malade se plaignant d'une abondante leucorrhée, franchement purulente : à plusieurs reprises, la sonde s'enfonce à une grande profondeur, et dans la même direction. L'auteur propose deux explications possibles :

Ou une ulcération cancéreuse ayant perforé l'utérus.

Ou une hématocele suppurée ouverte à la fois dans la cavité utérine et dans le ventre.

L'auteur fait remarquer ce fait curieux que du pus a dû souiller en abondance le péritoine, sans qu'on ait observé du côté de celui-ci aucun signe de réaction.

4^e cas. — Malade ovariectomisée quelques années avant par Knowsley

(1) MANN. *Amer. Journ. of obstetrics*, t. XXXI, n° 5.

(2) LANCET. 18 mai 1871. — 19 oct. 1871. — 1877, n° 2, p. 44. — 18 mai 1892. — 19 oct. 1892. — 10 août 1895.

Thornton, pour fibrome (opération de Battey). Cette intervention a, du reste, eu un plein succès.

Elle vient consulter pour une leucorrhée purulente, dont elle souffre depuis 8 mois, avec quelques douleurs et quelques hémorragies.

Craignant un épithélioma du corps, l'opérateur fait un curetage explorateur. La curette perfore la paroi antérieure.

Aucun accident immédiat; mais les troubles antérieurs persistent; et, neuf mois après, la malade revient, réclamant l'hystérectomie. Celle-ci, malgré quelques adhérences, est faite en 20 minutes.

Utérus sénile, contenant de petits noyaux fibromateux; paroi antérieure *mince comme du papier*: on y trouve l'orifice de la perforation, à demi cicatrisé à sa partie supérieure, mais béant à la partie inférieure, sur une longueur d'un demi-pouce.

OBSERVATION CLIII. — LAWSON TAIT (1) (résumée). — S. W..., âgée de 45 ans, vient le consulter au mois de septembre 1874, en raison d'un développement rapide de l'abdomen. Fluctuation, tumeur mobile rétro-utérine; 7 centimètres et demi au cathétérisme de l'utérus. Il diagnostique un kyste de l'ovaire. Quelques doutes s'étant élevés, sur la possibilité d'une ascite, une consultation est provoquée, au cours de laquelle on recommence le cathétérisme. La sonde entre à 17 centimètres, vers la gauche, sans aucun effort.

Diagnostic: perforation. On fait la laparotomie, et l'on trouve que la petite tumeur rétro-utérine était un fibrome. Le kyste, provenant de l'ovaire droit, est enlevé. Le pédicule étant très court et l'utérus un peu collé contre lui, l'auteur ne se crut pas autorisé à rechercher le siège de la perforation. Elle devait siéger en avant, car l'utérus était rétro-fléchi, et les trompes avaient été entraînées avec lui. Il pense que la paroi antérieure était devenue très faible, du fait de l'allongement qu'elle avait subi sur le fibrome, du fait de la rétroflexion. Cette dernière malformation était due à la pression de la tumeur de haut en bas.

Guérison sans incident, complète au 20^e jour.

Huit semaines après, la plaie étant presque guérie, L. Tait passe avec précaution une sonde, qui entre à 7 centimètres et demi. Puis, en l'inclinant vers la gauche, il trouve une ouverture à travers laquelle elle s'engage, et il peut la sentir sur les téguments de l'abdomen. Il est certain qu'il n'y a pas eu cathétérisme de la trompe, car la corne droite était inclinée en haut vers la plaie, et la trompe de ce côté avait été étreinte par le clamp.

OBSERVATION CLIV. — LAWSON TAIT (2) (résumée). — Malade entrée à

(1) L. TAIT: Maladies des ovaires. Traduit par OLIVIER. Paris, 1886, p. 254.

(2) Traité des mal. des femmes. Traduit par BÉTRIX, 1891, p. 265.

L'hôpital en mai 1872, 6 semaines après l'accouchement, pour subinvolution utérine. Cavité de 18 centimètres. Après un mois de traitement, elle avait diminué de moitié ; mais on découvrit par hasard qu'en un point, sur le fond de l'utérus, la sonde passait aisément dans le péritoine. Cette femme était si maigre, qu'on put déterminer très exactement le siège de l'orifice, au milieu environ entre les deux cornes et un peu en avant sur la face antérieure.

La malade passe plusieurs mois dans le service, et l'existence de la fistule est contrôlée à plusieurs reprises.

Cette recherche a été faite une vingtaine de fois, sans douleurs ni accidents.

L'auteur l'explique par la persistance d'une fistule résultant d'une rupture obstétricale peu étendue. *La malade a eu, depuis, deux enfants à terme, et la fistule persiste en 1889, avec les mêmes caractères.*

OBSERVATION CLV. — DUBAR (1) (résumée). — Rosalie D..., âgée de 25 ans, entre à la maison de santé le 23 novembre 1891, pour une métrite remontant à plusieurs années.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 13 ans, régulièrement, elle a eu une grossesse il y a 7 ans. Depuis, douleurs au bas-ventre, leucorrhée (le tout surtout depuis 2 ans).

Elle est soignée depuis 17 mois. On l'a examinée avec divers instruments ; mais elle ne peut dire si on lui a passé un cathéter utérin.

Examen. — Gros utérus, en rétroflexion mobile, mais incoercible ; pas d'annexite.

Au spéculum : col gros, rouge, ulcéré en avant. Leucorrhée sanguinolente.

La lèvre postérieure fixée, on introduit très doucement un cathéter ; il entre à 15 centimètres sans résistance.

Pas d'accidents : on pense qu'il existe une perforation, et qu'elle siège en avant et assez haut ; après 15 jours d'antisepsie vaginale, on pratique le 2 décembre la laparotomie ; on trouve la perforation sous forme d'un orifice arrondi de 3 millimètres de diamètre, à pourtour blanchâtre, fibreux, cicatriciel. *Pas de pelvi-péritonite.* Le cathéter introduit par le col y passe très facilement. Avivement, suture avec 2 points au catgut. Hystéropexie.

Suites simples : le 6 janvier, on peut pratiquer le curettage ; la malade sort le 15, guérie.

(1) *Bulletin méd. du Nord*, 27 octobre 1893.

OBSERVATION CLVI. — JACOBS (1). — Il s'agit non pas d'une perforation utérine opératoire, mais d'une fistule métro-péritonéale, antérieure à toute intervention, et sur l'existence de laquelle aucun doute n'est possible.

Une dame de 36 ans, V-pare, présente depuis de longs mois tous les symptômes de l'endométrite et de la métrite chroniques totales, avec lacérations profondes du col. Les accouchements ont toujours été très laborieux. Le dernier, qui date de sept mois, nécessita l'emploi du petit forceps, et la malade signale les longues souffrances qu'elle eut à supporter pendant toute la grossesse.

Tous les traitements dirigés contre son affection utérine ayant échoué, elle accepta une intervention plus radicale : le curettage et l'amputation du col. Je pratiquai cette opération le 2 octobre dernier. Lorsque, après les soins ordinaires pré-opératoires, j'introduisis l'hystéromètre dans la cavité utérine, afin de m'assurer de ses dimensions et de la direction de l'axe utérin, je fus très étonné de constater que l'instrument, sans éprouver la moindre résistance, disparaissait complètement... La chose m'étonnait d'autant plus que le toucher bi-manuel indiquait un utérus de 8 à 10 centimètres au plus. Tout en laissant l'hystéromètre en place, je pratiquai le palper abdominal et je perçus nettement l'extrémité de l'instrument sous la paroi abdominale. Je pouvais d'ailleurs le faire mouvoir dans la cavité abdominale, avec la plus grande aisance, n'éprouvant qu'une résistance molle, donnée par les anses intestinales. L'absence de tout effort pour faire pénétrer l'hystéromètre dans la cavité utérine devait me faire écarter toute idée de perforation de la paroi de l'organe. J'avais donc affaire à une fistule préexistante métro-péritonéale.

Retirant l'hystéromètre, je le réintroduisis en le dirigeant un peu latéralement, et j'obtins ainsi la dimension de la cavité utérine : 8 centimètres 1/8. La fistule était située sur le fond utérin, légèrement à gauche, vers l'orifice tubaire.

Je pratiquai la dilatation avec les bougies de Hégar, en tenant compte de cette particularité, puis je fis le curettage et terminai par l'amputation du col. Je pris les mêmes soins que dans les cas ordinaires, c'est-à-dire que je fis les injections intra-utérines de liquides aseptiques et enfin je plaçai dans la cavité un pansement à la gaze iodoformée. Je n'eus à noter aucun trouble consécutif à l'opération, ni élévation de température, ni douleurs abdominales. Actuellement la personne est rentrée chez elle, en voie de guérison de son affection utérine. J'ai eu la curiosité, depuis, de constater la persistance de la fistule métro-péritonéale. L'hystéromètre, dirigé vers l'orifice du trajet, s'y engagea

(1) *Société de gyn. et d'obst. belge*, 30 octobre 1892.

à nouveau et je pus encore percevoir l'instrument très nettement par la paroi abdominale.

OBSERVATION CLVII. — HUBERT (1) (résumée). — Hubert rapporte un cas de fistule métro-péritonéale qui fut présenté il y a quelques années à l'Académie de médecine de Belgique; la personne devint enceinte et l'enfant passa de l'utérus dans la cavité abdominale. Ce ne fut qu'au cours de l'opération césarienne que l'on constata l'existence d'une fistule métro-péritonéale qui, vraisemblablement, avait déterminé l'accident.

OBSERVATIONS CLVIII et CLIX. — VALENTA (2) (résumée.) — Malade portant un polype sur la lèvre postérieure du col. Au cours du cathétérisme, la sonde passe à 23 centimètres: comme antécédents, on relève une application de forceps. Par le toucher rectal, on sentait le siège exact de la fistule.

BANDEL (3). — Signale sans détails au même congrès un cas analogue observé par lui.

F. — CATHÉTÉRISME DE LA TROMPE

Nous classons dans cette catégorie, les observations publiées sous ce titre par les auteurs, tout en renouvelant nos réserves sous l'interprétation de la plupart de ces faits.

OBSERVATIONS CLX, CLXI, CLXII, CLXIII. — WILL (4) (résumées). — Il rapporte de mémoire un cas observé 15 ans auparavant. Cherchant à énucléer un fibrome sous-muqueux, il sent sa sonde enfoncer. Craignant une perforation, il met la malade au repos, avec de la glace sur le ventre; opium à l'intérieur.

Aucune douleur.

Il donne ce cas comme un cathétérisme probable de la trompe.

Le deuxième cas, observé chez une malade ayant des métrorrhagies, s'est présenté d'une manière de tous points analogue.

Le troisième concerne une femme ayant eu sa dernière grossesse

(1) *Société de gyn. et d'obst. belge*, 30 octobre 1892.

(2) *Congrès des Naturalistes*. Gratz, 1875, p. 116 du Bulletin.

(3) *Ibid.*

(4) *Med. News*, 26 août 1893.

6 ans auparavant. Le cathétérisme montre que la sonde pénètre dans le sens de la corne gauche. Il recommence, notant qu'il ne provoque aucune douleur; la sonde passe avec la même facilité et dans la même direction.

Quelque temps après, il recommence avec succès, et parvient de même à passer une sonde vers la corne droite.

Cet utérus présentait les caractères suivants : canal cervical large et ouvert; cavité du corps étroite; rétroversion légère.

Il a suffi à l'auteur pour faire le cathétérisme de la trompe (?) d'augmenter un peu la courbure de l'hystéromètre.

Le dernier cas est celui d'une malade présentant les signes d'une grossesse tubaire. Après trois mois de suspension de règles, métrorrhagie. On trouve une tumeur sur le côté droit de l'utérus. L'auteur fait le cathétérisme; passe aisément une grosse sonde à droite, et une petite à gauche.

Il fait la dilatation de l'utérus, pour enlever les débris qui siègent dans la corne gauche ou à l'orifice de la trompe.

Au cours de ce curettage, il peut encore renouveler la même manœuvre.

OBSERVATION CLXIV. — FLOECKINGER (1) (résumée). — M... B..., âgée de 47 ans, réglée à 11, mariée depuis 2 ans; 7 mois auparavant, avortement à 3 mois, ayant nécessité un curettage, dont les suites ont été simples.

Depuis son mariage, elle se plaint de ménorrhagies qui l'ont très anémiée; règles tous les 10 à 14 jours environ.

Le 16 août 1898, examen sous le chloroforme : on trouve l'utérus en rétroversion. Col déchiré; muqueuse en ectropion; le doigt pénètre facilement jusqu'à l'orifice interne. En arrière de l'utérus, on trouve une tumeur grosse comme le poing, pédiculée, libre; annexes normales.

Dilatation. Curettage. La sonde entre d'abord à 3 pouces $1/2$; puis elle pénètre jusqu'au manche : cette épreuve est renouvelée 2 fois. L'opérateur, laissant alors la sonde en place, et en confiant le manche à un aide, fait le toucher en palpant l'abdomen de l'autre main. La sonde se dirige à gauche dans le sens de la corne utérine. On ne peut dire si elle est ou non dans le ventre.

Glace sur le ventre; repos.

La malade se lève au 5^e jour; aucun accident.

Le chirurgien propose une opération radicale contre la tumeur rétro-

(1) *Centralbl. für gyn.*, 24 août 1898.

utérine (fibrome probable); mais la malade n'accepte que la ligature vaginale des utérines.

Celle-ci est pratiquée, mais deux mois après, les hémorragies repa-
raissent; la malade se résout alors à une intervention radicale.

Celle-ci est pratiquée le 16 janvier 1898.

Avant d'ouvrir le ventre, on en profite pour voir où va la sonde.

Le cathétérisme est pratiqué : à 7 reprises différentes, on entre de
trois pouces; la 8^e, l'instrument pénètre jusqu'au manche.

On remplit alors le vagin de gaze tout autour de la sonde qui est
laissée en place; laparotomie; l'utérus a son fond reporté vers la gauche;
le col est à droite; la trompe gauche qui contient la sonde est redressée.

On peut la retirer et la réintroduire; on parvient de même, sous le
contrôle de la vue, à cathétériser la trompe droite; on ne rencontre
qu'une résistance légère.

L'auteur a essayé une soixantaine de fois depuis de pratiquer ce
cathétérisme chez diverses malades avec des résultats divers. Il se
réserve de publier ses résultats ultérieurement.

OBSERVATION CLXV. — GÖNNER (1) (résumée). — Le 6 septembre 1886,
une malade vient le consulter pour les suites d'un avortement (douleurs
et pertes). Examen: Gros utérus à muqueuse épaissie; endométrite
déciduale. Curettage: longueur de l'utérus, 7 centimètres. Mais en diri-
geant la curette à gauche; elle entre sans violence aucune à 10 centi-
mètres. L'expérience répétée réussit encore à gauche; on ne peut la
reproduire à droite. Leucorrhée légère sans caractères spéciaux.

OBSERVATION CLXVI. — GÖNNER (2) (résumée). — Le 8 septembre 1886,
une femme se présente 4 semaines après l'accouchement, pour un
retard d'involution. La sonde pénètre à 20 centimètres vers la droite.
On reproduit cette manœuvre plusieurs fois à l'hôpital. On ne sentait
pas alors la sonde, tandis qu'on pouvait la percevoir à travers le fond
de l'utérus. Curettage. Débris placentaires. Un peu de fièvre, qui se
reproduisit après un nouveau cathétérisme, et répondait à un léger
épanchement sanguin dans le péritoine.

A partir du 19 septembre, amélioration. La malade quitte l'hôpital
le 19 octobre.

OBSERVATION CLXVII. — GÖNNER (3). — S..., âgée de 42 ans, ayant eu

(1) GÖNNER. *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1887, p. 340.

(2) *Ibid.*

(3) GÖNNER. Un fait de cathétérisme de la trompe. *Correspondenzblatt für
Schweizer Aerzte*, 1^{er} janvier 1891.

10 grossesses en 12 ans, vient consulter le 11 juin 1887. Depuis 4 ans, prolapsus et leucorrhée, menstruations normales. A l'examen, périnée solide. Vagin relâché. Col divisé en 2 valves par deux profondes déchirures latérales. Utérus assez élevé, légèrement antéfléchi, mobile, allongé et hypertrophié, donnant 12^{cm},5 à la sonde.

Sur le refus de la malade de laisser amputer le col, injections chaudes. Hydrastis à l'intérieur.

Elle revient le 1^{er} août. N'a pas revu ses règles. Utérus gros comme le poing, mou, antéfléchi ; muqueuse vaginale violacée. Devant ces présomptions de grossesse, on arrête les injections chaudes et l'hydrastis.

La malade n'est plus revue jusqu'au 11 juin 1888. Au mois d'octobre précédent, elle a, dit-elle, fait une fausse couche de 4 mois. Les symptômes sont les mêmes que précédemment ; en outre, la marche est devenue pénible. Utérus de 13 centimètres, épaissi, antéfléchi, et dans une situation plus profonde que normalement. La malade se décide à subir l'amputation du col, qui est pratiquée le 6 juillet à son domicile, avec l'aide du Dr Schmidlin.

La muqueuse utérine, épaissie, est abrasée à la curette. L'auteur pénètre, sans aucune violence, à 17^{cm},5, dans la trompe droite, la curette entrant jusqu'au manche, tandis qu'on butait à 13 centimètres sur le fond.

On répète plusieurs fois l'épreuve, toujours avec la même facilité ; l'extrémité de la curette est perçue par la paroi, sensation impossible à avoir quand elle est dans l'utérus.

L'amputation du col et ses suites ne présentent rien de remarquable. En septembre, la malade est revue ; elle se trouve en bon état, un peu faible encore. Une tentative de cathétérisme tubaire échoue.

Depuis, la malade a été reprise de douleurs à l'occasion de la marche, dont la cause n'a pas été encore clairement élucidée.

G. — PERFORATIONS SPONTANÉES

OBSERVATION CLXVIII. — CHRISTOPHER MARTIN (1). — *Môle hydatiforme. — Expulsion spontanée. — Perforation de la paroi utérine. — Hémorragie interne. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.* — E. G..., 20 ans, était enceinte de 3 mois, lorsque le 8 octobre 1895

(1) *The Edinburgh med. Journ.*, mars 1896.

elle présente des phénomènes d'avortement. Le matin du 9 octobre, le Dr Wilson retire du vagin une assez grande quantité de vésicules. Dans l'après-midi la malade présente tous les symptômes d'une hémorragie intrapéritonéale grave. M. Christopher Martin, appelé auprès de la malade, porte le diagnostic, « d'infiltration des sinus utérins par les villosités chorales myxomateuses, de perforation de la paroi utérine et d'hémorragie interne ». La malade était dans le collapsus et sans pouls. Presque aussitôt il fait une laparotomie, et pratique une hystérectomie totale. L'abdomen était plein de sang. Sur la face antérieure de l'utérus existait une petite perforation ayant à peu près 6 millimètres de diamètre, et par laquelle une grappe de vésicules s'échappait dans la cavité péritonéale. Les annexes ne furent pas enlevées. La convalescence fut retardée par une phlegmatia alba dolens, qui força la malade à rester six semaines au lit. Elle se rétablit peu à peu, et actuellement (janvier 1897), M. Christopher Martin a l'obligeance de nous écrire que son opérée est en excellent état, et ne présente aucun signe de déciduome malin.

OBSERVATION CLXIX. — RICHELOT et TOUCHE (1) (résumée). — *Fibrome ramolli. — Perforation du fond de l'utérus et adhérences à la paroi abdominale.* — M^{me} X..., âgée de 43 ans, entre le 9 juillet 1895 dans le service de M. le Dr Richelot.

Cette femme, ordinairement d'une très bonne santé a eu 4 enfants, le dernier il y a 7 ans. Depuis lors, pas de nouvelle grossesse, pas de fausse couche. Les règles sont habituellement régulières.

La malade fait remonter le début des accidents au mois de mai 1895. A cette époque les règles au lieu de durer 4 ou 5 jours, comme à l'ordinaire, se prolongèrent pendant une semaine entière, furent très abondantes, s'accompagnèrent de l'expulsion de gros caillots.

En juin, au moment des règles, reproduction des mêmes accidents. De plus la malade accuse de vives douleurs lombaires et périnéales.

Au commencement de juillet, la malade va consulter son médecin qui constate l'existence d'une tumeur abdominale.

La malade entre à l'hôpital Saint-Louis.

État général très bon. Par le repos au lit les douleurs ont cessé, les métrorrhagies se sont arrêtées. Pas de fièvre.

A l'examen de l'abdomen on remarque une voussure de la région ombilicale et de l'hypogastre se prolongeant jusque sur la limite des flancs et des fosses iliaques. Au palper on trouve, dans les mêmes régions, une masse arrondie nettement fluctuante.

(1) *Journ. de méd. de Paris*, 1895, n° 41, p. 585. *Société obst. et gyn.* Paris, 11 juillet 1895.

Au toucher, utérus normal. Rien ne bombe dans les culs-de-sac. Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettent nettement au col utérin.

Laparotomie le 11 juillet.

Après l'incision de la ligne blanche on trouve, adhérente au péritoine pariétal, une masse rougeâtre, molle. On dissèque soigneusement les lèvres de l'incision péritonéale, et on libère suffisamment cette masse adhérente pour voir qu'elle se prolonge vers le petit bassin.

En suivant la tumeur vers le petit bassin on voit qu'elle s'implante sur le fond de l'utérus à égale distance des deux cornes utérines.

Il y a un contraste très net entre le fond de l'utérus absolument sain et la tumeur ramollie qui s'y implante. En étudiant le pédicule de la tumeur, on voit qu'il existe au fond de l'utérus une perforation très nette, de la dimension d'une pièce de 5 francs environ, et que par cette perforation sort la masse spongieuse adhérente à la paroi. On résèque la masse issue de l'utérus. Dans l'utérus reste une autre portion de la masse spongieuse ayant la forme d'une poche tapissant les parois de la cavité utérine, séparée de la portion intra-abdominale de la masse par un étranglement correspondant à la perforation utérine.

On vide complètement l'utérus, on nettoie soigneusement les parois avec des éponges montées, puis on fixe les bords de la perforation utérine à la plaie abdominale. Un gros drain est laissé dans l'utérus ainsi marsupialisé.

Pansement iodoformé.

Examen de la pièce.

Macroscopiquement la nature de la pièce est difficile à déterminer. De couleur rougeâtre, de consistance mollassse, se laissant facilement déchirer, la tumeur ressemble singulièrement à un placenta dégénéré; mais on ne trouve pas trace de cotylédons et, du reste, rien dans l'histoire de la malade ne permet de soutenir cette hypothèse. Le diagnostic anatomique sera déterminé par l'examen histologique.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par M. René Marie, montre clairement qu'il s'agit d'un fibrome dégénéré.

Nous avons cru intéressant de présenter cette pièce à la Société Obstétricale. C'est la première fois que nous avons vu un fibrome, d'abord intra-utérin, perforer ainsi la paroi utérine et contracter des adhérences avec la paroi abdominale. Quant au diagnostic, il était à notre avis presque impossible de le poser avec certitude. La forme de la tumeur, la fausse fluctuation dont elle était le siège avait fait penser à un kyste de l'ovaire et c'est d'après ce diagnostic que nous avions résolu l'intervention.

OBSERVATION CLXX. — SCHWAB (1) (résumée). — A l'autopsie d'une femme ayant succombé cinq jours après un avortement de 4 mois (infection), l'auteur trouve sur la face postérieure, vers le fond, à un travers de doigt de la trompe droite, une perforation large comme une pièce de 2 francs, siégeant au fond d'une sorte d'excavation de la muqueuse, et entourée d'une sorte de péritonite enkystée.

OBSERVATION CLXXI. — LATOUR (2) (résumée). — M^{me} S..., âgée de 55 ans. Ménopause depuis 10 ans. Est prise de douleurs paroxystiques qui deviennent rapidement intolérables, avec une grosseur dans le ventre. Dans une de ces crises, la malade ressentit comme une forte secousse intérieure, et eut ensuite la sensation que la grosseur primitive se répandait dans l'abdomen. L'épigastre et les hypocondres se ballonnent; les douleurs diminuent. La malade tombe dans le collapsus et meurt.

A l'autopsie, on trouve une grande quantité de sang corrompu et noir dans le péritoine; le fond de l'utérus présente une crevasse où l'on peut introduire trois doigts. L'utérus était aminci au siège de la rupture; normal ailleurs. Relâché, il présentait l'aspect d'une grosse poche béante. Le col était de consistance cartilagineuse, et le canal cervical complètement oblitéré.

OBSERVATION CLXXII. — GRAF (3) (résumée). — Femme de 25 ans, nullipare, qui, à la suite d'une vaginite ulcéreuse en 1857, présentait une atrésie de la plus grande partie du vagin. Au moment des règles, douleurs très vives à la suite desquelles le sang était expulsé par le rectum.

L'année suivante, on sentait, aux époques menstruelles, l'utérus gros dépassant le pubis. A la fin de cette année, la malade est soignée par Fischer, à l'hôpital de Bonn. Il diagnostique une fistule recto-utérine. L'écoulement rectal ayant disparu, les douleurs atteignent une acuité inaccoutumée.

Un soulagement survint, en même temps qu'une infiltration sanguine avec gonflement de la fesse gauche se produisaient, au mois de février 1859; ce gonflement disparut pour reparaitre en mars et en avril.

En mai, le chirurgien qui remplaçait le Dr Graf incisa cette collection, et donna issue à une quantité énorme de sang noir, sirupeux. A partir de ce jour, la malade fut régulièrement réglée par l'incision, restée fistuleuse, et distante d'un pouce de l'orifice anal.

(1) *Société obst. et gyn. de Paris*, 1895.

(2) LATOUR. *Histoire philosophique et médicale des hémorragies*. Paris, 1828, t. I, p. 309. Obs. 255.

(3) GRAF. *Virchow's Archiv*, 49^e Bd. (1860), p. 548.

OBSERVATION CLXXIII. — COLEY (1) (résumée). — Femme de 36 ans, mère de deux enfants, dont le plus jeune a 9 ans. Très amaigrie et souffrant d'une constipation tenace. Fièvre hectique. Utérus présentant les dimensions d'une grossesse de 6 mois, bosselé, sensible à la palpation, dur et saillant à gauche; plus mou et élastique à droite. Orifice externe du col un peu élargi. Canal cervical fermé à trois quarts de pouce au-dessus. Le vagin donnait issue à une leucorrhée très épaisse et fétide, avec lambeaux de muqueuse; mais aucun écoulement menstruel. Seins durs et gros.

Les douleurs avaient débuté un an auparavant, avec la suppression des règles, et le gonflement de l'abdomen. On avait pensé à une grossesse. Mort par péritonite. *A l'autopsie*: épiploon adhérent à la face antérieure de l'utérus, sphacélé. Utérus couvert de fausses membranes. En certains points, sa paroi était si amincie qu'on eût dit une vessie. Elle était occupée par une perforation ulcéreuse, de dedans en dehors. Dans l'utérus, trois pintes d'un liquide foncé, fétide. Sa muqueuse était ramollie; le col formé par un tissu scléreux. Dans ce segment, l'utérus était plus consistant mais mince comme la peau d'un gant.

OBSERVATION CLXXIV. — DUPARQUE. — NEVERMANN (2) (résumée). — Femme de 53 ans, ménopause depuis 4 ans. Réveillée par un écoulement sanguin vaginal. Cet écoulement s'arrêta, mais le ventre enfla au point de retomber jusqu'aux genoux. Après une autre perte de sang noir, cachexie et mort.

AUTOPSIE. — Utérus dilaté anormalement, à parois extraordinairement minces. Le col était atrésié par une tumeur, qui s'étendait aussi au côté droit de l'organe. L'utérus contenait une grande quantité de liquide, analogue à celui qui remplissait l'estomac et le duodénum. Au niveau de l'adhérence entre l'utérus et l'estomac, on trouvait une perforation.

OBSERVATION CLXXV. — DUPARQUE. — NEVERMANN (résumée) (3). — On trouve dans les bulletins de la Société anatomique un fait de rupture utérine à la suite de ramollissement du tissu par des masses tuberculeuses. La perforation se produisit lorsque l'utérus, distendu par le pus, eut atteint le niveau de l'apophyse xyphoïde et le rebord costal. Le fait concernait une femme de 41 ans qui, depuis la puberté, souffrait de douleurs de l'utérus et de troubles menstruels.

(1) COLEY. *Analekten für Frauenkheiten*, 3 Bd., 1842, p. 317.

(2) Cité par MEINERT. *Wiener med. Presse*, 25 août 1895, n° 34. — Rupture de l'utérus hors l'état puerpéral par suite d'accumulation de pus dans sa cavité. *Journal des conn. méd.*, août 1848.

(3) *Ibid.*

OBSERVATION CLXXVI. — P.-F. AUGUSTIN (1). — *Abcès de l'utérus.* — L'auteur rapporte un cas d'abcès utérin recueilli à la clinique du P^r Treub.

Une fille de 29 ans, enceinte pour la première fois, fut admise le 12 septembre à la clinique. Dès les premiers jours de la grossesse, elle avait eu des accès de fièvre, seulement deux mois avant terme elle se trouvait bien portante ; le 23 septembre, le thermomètre indiquait de nouveau 38°. Le 29 septembre, accouchement normal. A partir de ce jour, la température devint très variable et fit d'abord penser à la malaria. Le sulfate de quinine et l'eucalyptus ne produisirent aucun effet. Le 1^{er} octobre, elle se plaignit de douleurs au ventre et à l'examen on trouva dans le côté gauche du bassin une résistance douloureuse. Le 26 octobre, examen sous narcose. Alors on put toucher une tumeur dure, de la grosseur du poing, adhérent largement à l'utérus. La trompe gauche est de l'épaisseur d'un crayon, l'ovaire gauche normal, l'ovaire droit ne se laisse pas palper. Diagnostic. Pyosalpinx du côté droit, salpingite gauche. Laparotomie. A l'opération, il fut constaté qu'il n'y avait pas de salpingite, mais que la tumeur n'était qu'un abcès de la paroi utérine. Drainage de la cavité de l'abcès à la gaze iodoformée. Guérison. Après avoir brièvement traité de l'étiologie et de la pathologie anatomique de la métrite, l'auteur cite 19 cas de la littérature, dont 11 sont de vrais abcès utérins, tandis que les adhérences intestinales simulaient les trompes dilatées.

II. — DIVERS

OBSERVATION CLXXVII. — LENOIR (2). — *Perforation au cours de l'ablation d'un polype.* — B. C..., 28 ans, entre à l'hôpital de la Salpêtrière en mai 1897, dans le service de M. Segond.

Depuis six mois, dans l'intervalle des règles, pertes sanguines qui l'ont décidée à entrer à l'hôpital.

Examen. — Utérus un peu gros, rétroversé, avec péri-annexite chronique ; pas de grosses lésions annexielles. Entre les lèvres du col, le doigt sent un polype fibreux assez dur, de la grosseur d'une cerise.

Opération le 13 mai. Éther. Durée : 30 minutes. Le cathéter permet de constater que le polype s'implante, par une base très large, sur la lèvre postérieure du col, à environ 3 centimètres au-dessus de l'orifice utérin.

(1) Thèse, Leyden, 1893.

(2) Thèse, p. 67.

M. Segond, attirant le polype avec une pince à traction, en commence l'extirpation complète. A un moment donné, en poursuivant l'extirpation du tissu malade, il s'aperçoit qu'il a traversé la paroi postérieure de l'utérus. La perforation a environ 3 centimètres $1/2$ de largeur. En présence de ces dimensions, et aussi considérant les lésions concomitantes, le chirurgien fait l'hystérectomie vaginale totale par son procédé ordinaire.

Suites bonnes.

Guérison parfaite.

OBSERVATION CLXXVIII. — VAN DE VELDE (1) (résumée). — *Perforation par cautérisation à la vapeur surchauffée.* — Femme de 45 ans. Elle a eu 6 enfants, tous à terme. Utérus antéfléchi, avec annexes normales; pertes de sang remontant à 3 mois $1/2$.

Le 15 septembre, anesthésie; cautérisation d'une minute avec la vapeur à 105° . Tamponnement avec une mèche de gaze.

Tout va bien pendant 2 jours; cependant, le 16 au soir, il y a un peu de douleur et de fréquence du pouls; le 17 au matin, le pouls, petit, est à 100; la température à 38° ; la malade est abattue. On fait une injection intra-utérine à l'eau phéniquée, suivie d'une cautérisation à la teinture d'iode. Une petite escarre se détache. Température du matin: $37^{\circ},4$; du soir: 38° ; pouls 128.

Le lendemain, les températures sont respectivement de $37^{\circ},7$ — $38^{\circ},3$; le pouls de 104-120.

Dans la nuit du 18 au 19, surviennent des vomissements; la température est à 39° , le pouls, petit, à 90. La malade meurt à 10 heures du matin.

L'autopsie est pratiquée 4 heures après. On trouve une perforation du fond de l'utérus, mesurant de 2 à 3 millimètres, entourée d'une plaque de nécrose de 7 millimètres environ; une troisième zone, rose et blanchâtre, entoure celle-ci et mesure 15 millimètres.

Les parois internes du canal cervical sont nécrosées sur une longueur de 5 millimètres.

OBSERVATION CLXXIX. — BEAUSSENAT (2). — *Fausse perforation utérine.* — Il s'agit d'une femme de 31 ans, cuisinière, Victorine C..., ayant fait une première grossesse à 18 ans, et une autre à 22 ans. Devenue enceinte pour la troisième fois en août 1896, elle cherche à provoquer une fausse couche; celle-ci survient le 20 novembre, et est faite clandes-

(1) *Centr. für gyn.*, 31 décembre 1898.

(2) GUEORGHIU. *Thèse*, Paris, 1900. Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale, p. 43.

tinement dans les water-closets. Depuis le moment de sa fausse couche jusqu'à son entrée à l'hôpital la malade n'a pas cessé un seul instant de perdre du sang, liquide ou coagulé, d'une horrible fétidité. Pendant toute cette période la malade continue à vaquer à ses occupations, et se borne à prendre quelques rares injections.

A son entrée dans le service de M. Pozzi à l'hôpital Broca, le 2 décembre, la surveillante du service lui fait un tamponnement vaginal qui est renouvelé pendant quatre jours de suite. Le 7 décembre au soir, elle est prise d'une hémorragie formidable et le Dr Collinet, interne du service et auquel la malade était confiée, l'examine, lui trouve 40° de température, et, malgré les dénégations de la malade (qui nie toute grossesse), pense à l'infection puerpérale et pratique séance tenante un premier curettage. A la suite la température tombe un peu.

Mais le surlendemain, 9 décembre, il y a encore 40°. Un deuxième curettage est pratiqué, qui ramène quelques débris; mais au cours de l'opération, l'opérateur ayant senti sa curette pénétrer très profondément craint d'avoir perforé l'utérus et ne continue pas l'opération.

Dans l'hypothèse d'une perforation possible on prescrit glace sur le ventre, opium et injections sous-cutanées de sérum. Le lendemain au matin l'état de la malade est assez rassurant : 38°, ventre souple à peine douloureux et seulement au niveau des cornes de l'utérus.

Dans l'après-midi le ventre devient très sensible et se ballonne en même temps que surviennent des nausées et des vomissements. A 5 heures, frisson violent, 140 pulsations, 40°,6. A 11 heures, coma presque complet; pouls incomptable, 41° de température, extrémités froides, hoquets, vomissements, incontinence stercorale, anurie. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

M. Beaussenat, également interne de M. Pozzi à cette époque, qui voit la malade en ce moment, décide d'intervenir et avec l'autorisation de M. Pozzi pratique à minuit l'hystérectomie vaginale avec l'aide de ses collègues Collinet et Georghiu, mais préalablement il fait à la malade une injection intraveineuse de 1800 grammes de sérum artificiel.

L'opération fut rapide quoique laborieuse. L'utérus était resté mobile; à l'ouverture de cul-de-sac postérieur il s'écoule environ un verre de sérosité louche. Grâce à une incision en V de la face antérieure, l'abaissement fut possible, malgré la friabilité de l'utérus.

Les parois étaient très épaisses, infiltrées de pus que la moindre section faisait sourdre. De même chaque fois qu'une pince à préhension était appliquée sur la tranche on voyait apparaître tant sur la tranche qu'au point de pénétration des griffes de la pince des gouttes de pus.

L'ovaire gauche, normal, est laissé en place. Le droit, gros, œdémateux et infiltré, et la trompe rouge, et tuméfiée, sont quelque peu difficiles à extraire. Hémostase des ligaments larges relativement facile;

difficulté plus grande de l'hémostase au niveau des tranches vaginales.

Les anses intestinales qui apparaissent dans le fond du vagin sont rouges et dépourvues de fausses membranes. Ce qu'on peut apercevoir du péritoine est également fortement hyperhémique. Tamponnement du vagin moyennement serré.

La malade rapportée dans son lit est absolument froide et on ne sent plus son poulx. Piqûre d'éther, de caféine, frictions alcoolisées, nouvelle injection intra-veineuse de 1 000 grammes finissent par la ranimer et la réchauffer un peu. Le lendemain la température était à 36° le matin et à 38° le soir; la malade urinait, les vomissements et la diarrhée avaient disparu. Le troisième jour, suppression des pinces: le sixième jour, suppression des mèches; le trentième jour, la malade se levait; le quarantième, elle quittait l'hôpital guérie.

Examen des pièces. — Utérus infiltré de pus et transformé en véritable éponge purulente. Pas trace de perforation. Ovarite droite œdémateuse avec même un petit point suppuré au niveau d'un follicule, lésions de salpingo-ovarite catarrhale avec pus dans la trompe. Le pavillon n'était pas oblitéré.

OBSERVATION CLXXX. — R. BLONDEL (1). — *Utérus bipartitus ayant donné l'illusion d'une perforation, au cours d'un curettage.* — L'observation qui va suivre m'a mis en présence d'un cas où l'anomalie anatomique était difficile à prévoir, en même temps qu'elle m'entraînait vers une fausse interprétation, contre laquelle il sera bon à l'avenir de se mettre en garde.

M^{me} X... se présente le 10 avril 1897 à ma clinique, se plaignant de douleurs de ventre, de règles trop abondantes et de pertes vaginales purulentes.

Elle est âgée de 25 ans, mariée depuis deux ans, et n'a jamais eu de grossesse, ni fausse couche.

Réglée à 13 ans, elle a toujours eu jusqu'à son mariage des époques assez régulières, modérément abondantes, un peu douloureuses, avec phénomènes congestifs et névralgiques assez marqués. Leucorrhée presque permanente.

Les troubles dont elle se plaint ont débuté quelques mois après son mariage et se sont déroulés selon le type classique de l'endométrite subaiguë. Elle a souffert modérément dans les flancs et le retentissement péritonéal paraît avoir été minime, puisqu'elle ne s'est jamais couchée. Ce qui l'inquiète aujourd'hui, c'est l'abondance croissante de ses règles et ses pertes purulentes. Elle a eu, au début, de la pollakiurie avec brûlures à la miction, aujourd'hui disparues.

(1) *Journal de médecine de Paris*, 29 mai 1898.

À l'examen, je trouve les signes habituels de l'endométrite et un empatement peu marqué du cul-de-sac latéral droit. L'hystéromètre révèle une cavité utérine un peu agrandie : l'orifice interne est élargi, et l'instrument le franchit aisément. La curette exploratrice, introduite à son tour, ramène des raclures épaisses, blanches, fongueuses.

La malade, qui est une pauvre femme de ménage, ne pouvant se prêter à un traitement un peu prolongé, accepte le curettage que je lui propose.

Celui-ci est pratiqué le 13 avril, après dilatation extemporanée aux bougies, l'emploi des lamineaires préalables n'étant pas possible, puisque la malade ne pouvait interrompre son travail.

Le curettage ne présenta rien d'anormal, jusqu'au moment où, fouillant la corne droite avec la petite curette longue, en boucle, de Doléris, pour détacher les fongosités accumulées devant le débouché de la trompe, je sentis la paroi céder et l'instrument, poussé cependant avec la douceur voulue, pénétrer sans difficulté sur une profondeur qui me parut être d'environ deux ou trois centimètres. Le ressaut de la curette avait été tellement brusque que je ne doutai pas un seul instant que je n'eusse provoqué une perforation utérine. Par prudence, j'arrêtai là l'emploi de la curette, et fit passer aussitôt dans l'utérus, avec la sonde à double courant, sous une pression presque nulle, un litre d'eau bouillie salée à 46°, espérant exciter ainsi la contractilité de l'organe.

La malade fut gardée à la clinique et tenue en observation minutieuse : tout fut disposé pour pratiquer l'hystérectomie à la moindre alerte.

En réalité, la malade n'eut pas même de vomissements chloroformiques et se rétablit avec une telle absence de symptômes alarmants d'aucune sorte, que je la fis lever au bout de huit jours et retourner chez elle.

Pendant quelque temps, son état parut excellent ; mais cinq mois après, les pertes vaginales reparaissaient, et en novembre les règles revenaient avec une telle abondance qu'il fallut à nouveau intervenir.

Je jugeai, au cas où une perforation aurait été produite en avril, que la réparation devait être assez complète pour pouvoir introduire la curette à nouveau dans l'utérus sans risquer d'y rencontrer de point faible.

Le 12 novembre, je fis un nouveau curettage, lent, minutieux, en redoublant de circonspection, bien entendu, quand j'arrivai dans la corne droite.

Tout comme la première fois, ma curette rencontra sur le côté de l'organe, au-dessous de l'angle tubaire, un trou dans lequel elle pénétra sans coup férir, pour buter bientôt contre un obstacle qui l'arrêta.

Je songeai aussitôt à la possibilité de l'existence d'un diverticule utérin correspondant soit à une perforation latérale conduisant dans le ligament large, soit à la corne atrophiée d'un utérus bipartitus.

Je plaçai une laminaire dans l'utérus et le lendemain je la remplaçai par une éponge volumineuse. Le troisième jour, je pouvais introduire l'index dans la cavité de l'organe. Je pus constater alors l'existence, sur le côté droit de l'utérus, d'une sorte de bride ou plutôt d'arête dirigée d'avant en arrière, accolée à la paroi, et sous laquelle je pus glisser un hystéromètre qui s'enfonça aisément jusqu'à 3 centimètres de profondeur pour s'arrêter sur une paroi résistante.

Je remplaçai cet hystéromètre par une laminaire de même taille. Mais je ne parvins à obtenir qu'une dilatation relativement faible, et n'insistai pas outre mesure, ignorant l'épaisseur de la paroi de ce diverticule. Je pus néanmoins y glisser la curette et ramenai de sa cavité des fragments de muqueuse blancs et plus minces que ceux que donnait le raclage de la grande cavité ; j'aurais vivement désiré en faire l'examen, malheureusement ils n'avaient pas été conservés.

L'éclairage de la cavité utérine montra l'existence de l'orifice de la corne sous forme d'une fente allongée peu visible et que, sûrement, on n'aurait pas découvert si l'on n'avait été prévenu.

La malade se rétablit rapidement et fut définitivement guérie.

OBSERVATION CLXXXI. — MACKENRODT (1) (résumée). — *Utérus perforé au fond par traction sur un polype fibreux, avec inversion partielle.* — L'auteur enlève au thermocautère un polype fibro-myomateux implanté sur la corne utérine gauche.

Après cette ablation, qui n'a donné lieu à aucun incident, il examine le polype et trouve au niveau de son pédicule une petite surface péritonéale lisse.

Soupçonnant une perforation, il fait le toucher intra-utérin : son doigt passe par l'orifice.

Hystérectomie vaginale séance tenante ; guérison.

L'auteur pense qu'il s'agissait moins d'une inversion produite instantanément par la traction sur le polype que d'un prolongement déjà ancien de la séreuse dans la base de la tumeur.

OBSERVATION CLXXXII. — ZINKE (2) (résumée). — *Perforation de l'utérus par une curette.* — Il s'agit d'un cas de polype utérin. Après

(1) MACKENRODT. *Zeitschrift für gynäkologie*, 24 avril 1896.

(2) *Amer. Journal of obstetrics*, avril 1894.

l'avoir attiré au dehors, l'opérateur se mit en devoir de détacher avec le doigt le pédicule qui était de la grosseur de l'index. Voulant alors curetter le moignon, il fut très surpris de sentir sa curette pénétrer dans l'abdomen. Le pédicule, examiné de plus près, portait à sa partie extrême environ $\frac{1}{4}$ de pouce de péritoine.

L'utérus fut bourré de gaze, et la femme guérit.

OBSERVATION CLXXXIII. — TILLAX (1). — La nommée G... Louise, âgée de 32 ans, exerçant la profession de couturière, entre à l'hôpital Lariboisière, le 26 septembre 1874, salle Sainte-Jeanne, n° 2, pour des pertes dont l'origine remonte à six ans environ. Depuis deux ans surtout, les hémorragies sont devenues plus fréquentes et plus abondantes, et, selon son expression, elle est constamment dans le sang. Elle accuse en même temps des douleurs dans le ventre et la région lombaire, douleurs qui se manifestent surtout aux époques menstruelles, et que la malade compare à celles que l'on éprouve dans l'accouchement. « Il me semble alors, dit-elle, qu'une masse grosse comme les deux poings soit entre mes jambes. Je ne puis me tenir debout, et suis forcée de me coucher, tant à cause des douleurs que de la gêne causée par la saillie de la tumeur. » Ajoutons que tous ces symptômes étaient fréquemment accompagnés de vomissements.

Rien d'anormal du côté du rectum ; les selles sont régulières, et la malade n'éprouve aucune difficulté pour aller à la garde-robe.

Sauf les douleurs assez vives qui surviennent aux époques menstruelles, la miction se fait bien et n'a jamais été entravée.

La malade est pâle, fatiguée ; ses muqueuses sont décolorées : elle présente en un mot tous les signes d'une anémie profonde.

En présence de ces faits, et après un examen sommaire, M. Tillaux diagnostique une tumeur fibreuse de l'utérus, en voie d'expulsion.

Voici maintenant le résultat de l'examen complet, fait le 29 septembre.

La malade couchée sur un lit, les cuisses fléchies sur le bassin et écartées, on écarte les grandes et les petites lèvres ; on voit apparaître, immédiatement en arrière de l'orifice vulvaire, une masse volumineuse, blanchâtre, présentant çà et là quelques taches rouges plus ou moins étendues, dont quelques-unes, par leur aspect noirâtre, rappellent tout à fait la teinte de l'ecchymose. D'après M. Tillaux, ces taches correspondent aux points par lesquels l'hémorragie avait eu lieu.

Un léger écoulement de sérosité sanguinolente se fait.

Le doigt, entre la tumeur et la paroi vaginale, ne peut arriver sur le pédicule ; il est, de même, impossible de sentir les lèvres du museau de tanche.

(1) *Soc. chir.*, 23 nov. 1877 et *Ann. de gynécol.*, décembre 1874, p. 461.

On n'arrive pas à un meilleur résultat après l'introduction du spéculum de Bozeman entre la tumeur et la paroi antérieure du vagin.

Libre d'adhérences dans toute l'étendue accessible au doigt, la tumeur est lisse, piriforme, à grosse extrémité tournée en bas.

Elle est comme un peu rénitente, aussi M. Tillaux comptant sur la présence d'un kyste dans son intérieur se proposa-t-il un moment de faire une ponction, afin d'évacuer le liquide, espérant par là diminuer d'autant son volume. Mais un nouvel examen lui fit bientôt perdre cet espoir.

Par la palpation à travers la paroi abdominale, on constate que la tumeur remonte à environ deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et qu'elle dépasse la ligne médiane un peu plus à droite qu'à gauche.

Les mouvements imprimés à travers l'abdomen se transmettent au doigt introduit sur la tumeur par le vagin.

Peu ou pas de douleur à la pression.

Quels sont les rapports de la tumeur avec l'utérus ? Telle est la question qui se présente tout d'abord à l'esprit. Question embarrassante à résoudre, eu égard au peu de précision des renseignements fournis par l'examen direct.

L'utérus renversé faisait-il saillie à la vulve, repoussé par une tumeur fibreuse sous-péritonéale ? C'était peu probable, car ces tumeurs se développent plutôt vers la cavité abdominale que vers celle de l'utérus.

Était-ce un corps fibreux sous-muqueux, qui en grossissant aurait déprimé la muqueuse utérine, et s'en serait coiffé. M. Tillaux s'arrêta à cette seconde hypothèse.

Quelle était dans ce cas la conduite à suivre ?

Fallait-il s'abstenir ? Mais c'était vouer cette femme jeune encore à une mort certaine, et cela dans un temps très rapproché. Elle était épuisée par les métrorrhagies qui depuis six ans la tourmentaient et l'avaient obligée de garder le lit à diverses reprises, et une fois pendant six mois consécutifs.

La seule chance de salut était donc une opération, et une opération d'autant plus dangereuse qu'on était en présence de l'inconnu. Bref, après bien des hésitations et des explorations répétées, M. Tillaux, vaincu par les instances de la malade, se décida à pratiquer l'extirpation de la tumeur.

Opération : L'opération résolue, M. Tillaux se proposa d'attendre l'époque menstruelle, et l'apparition des douleurs d'expulsion, espérant en profiter pour mener plus sûrement à bonne fin ses tentatives d'extirpation. Mais les règles, contre son attente, ne furent marquées par aucun des symptômes annoncés par la malade, et rien ne fut fait à ce moment.

L'opération eut lieu le 4 novembre, la malade couchée sur le bord du

lit, et endormie. M. Tillaux saisit alors la tumeur avec des pinces de Museux, et commença à exercer des tractions sur elle, dans le but de la faire sortir hors du vagin. Il ne put d'abord y parvenir, et se proposait de faire un débridement de chaque côté de la vulve, lorsque sous l'influence de nouvelles tractions, modérées cependant, le périnée céda tout à coup, et la tumeur sortit complètement.

Une incision fut faite avec le bistouri sur la tumeur. Le doigt porté aussi haut que possible dans le vagin, M. Tillaux crut reconnaître qu'elle avait son pédicule sur la lèvre postérieure du col.

Dès lors, il n'hésita plus un instant : au lieu de continuer à se servir du bistouri, craignant une hémorragie, il acheva la section avec une chaîne d'écraseur, laquelle, allant se loger au delà du point d'implantation de la tumeur, sectionna tout le fond de l'utérus renversé.

Une hémorragie abondante survint, qu'on ne put arrêter que par la torsion et la ligature d'un certain nombre d'artères d'assez gros volume, et par l'application de perchlorure de fer à la surface de la plaie. Le tamponnement du vagin fait, la malade fut reportée à son lit.

M. Tillaux, après quelques hésitations, n'ayant voulu faire aucune exploration, crut avoir enlevé, avec la tumeur, une portion de la lèvre postérieure du col utérin. Il ne reconnut son erreur qu'à l'autopsie.

Pendant la journée et la nuit qui suivirent l'opération, la malade souffrit beaucoup. Le lendemain matin, 5 novembre, à la visite, le ventre était douloureux, légèrement tendu : le thermomètre accusait 39°.4 ; des vomissements survinrent, et le lendemain à onze heures du matin, la malade succombait à une péritonite suraiguë.

Autopsie : A l'autopsie, on trouve les intestins distendus par des gaz, injectés de sang, et baignant dans du pus accumulé dans le petit bassin.

On reconnut que la tumeur, au lieu d'avoir son point d'implantation sur la lèvre postérieure du col, s'insérait directement au fond de l'utérus, lequel avait été complètement enlevé ainsi que la surface péritonéale correspondante. Le doigt introduit à travers le vagin arrivait directement dans l'abdomen. Il est difficile de savoir au juste où est le col utérin. On voit toutefois, sur la pièce étalée, une ligne légèrement saillante qui doit lui correspondre.

La tumeur, de nature fibreuse, a 23 centimètres de hauteur, sur 22 centimètres de circonférence.

Une section selon sa hauteur laisse voir dans son intérieur des fibres entre-croisées dans tous les sens, d'un blanc rosé. Ces fibres circonscrivent dans leurs intervalles des trabécules plus ou moins grands, dont quelques-uns atteignent les dimensions d'un gros pois ou d'une noisette. Ces trabécules sont remplis par de la sérosité, qui s'écoule à la coupe. La tumeur était presque exclusivement constituée par des fibres musculaires lisses.

OBSERVATION CLXXXIV. — MAC LEAN (1) (résumée). — Mac Lean a vu, au cours de l'ablation d'un polype fibreux avec la curette scie, exécutée par un opérateur prudent, la paroi utérine tout à coup perforée.

La curette pénétra du tiers de sa longueur dans le ventre. Guérison sans complications.

OBSERVATION CLXXXV. — MCKENZIE (2) (résumée). — Femme, âgée de 29 ans. Réglee depuis 14 ans, jusqu'au début de l'affection, qui remonte il y a 18 mois.

Métrorrhagie tous les mois, durant parfois 10 jours. Douleurs. Troubles vésicaux. Depuis un an, l'abdomen grossit. Constipation.

Examen. — Tumeur dure, du volume de deux têtes d'enfant, remontant jusqu'à l'ombilic, et portant, à sa partie supérieure, une deuxième tumeur, de la grosseur d'une orange.

Opération. — Section du périnée jusqu'à la muqueuse rectale, et de la plus grande partie de la paroi postérieure du vagin. Énucléation par morceaux. Inversion de l'utérus pour pouvoir enlever la base, qui est en connexion avec le noyau de la tumeur sous-séreuse. On ne peut y parvenir: on fait alors l'ablation de toute la tumeur avec la partie correspondante de la paroi utérine. Suture au catgut de la plaie péritonéale longue de 10 centimètres. Réduction de l'utérus. Suture au catgut du périnée et du vagin. Guérison rapide.

OBSERVATION CLXXXVI. — FRANK (3) (résumée). — Femme de 69 ans. Uterus atrophique. Myome du col de la grosseur d'une tête d'enfant. Au cours de l'énucléation, désignée contre des hémorragies, l'utérus est perforé au niveau de la cloison vésico-vaginale. Le lendemain, emphysème sous-cutané qui rétrocede, et guérit.

OBSERVATION CLXXXVII. — LÖMER (4) (résumée). — Femme B..., 34 ans, souffrant depuis des années de métrorrhagies profuses. On lui a, dit-elle, enlevé précédemment une tumeur utérine dans le service de Spiegelberg, à Breslau. Les pertes ayant recommencé, on trouve à gauche et en arrière une tumeur grosse comme une pomme. Énucléation de celle-ci le 8 novembre 1873.

En 1896, la malade est revue: nouvelles pertes; utérus atteignant l'ombilic. Gros myome de la paroi postérieure.

Le 30 octobre, anesthésie. La capsule étant incisée l'énucléation est

(1) *Surg. Hist. de New-York*, 19 oct. 1886. — *Amer. Journal of Obst.*, 1886, p. 4262.

(2) *Wiener med. Wochenschrift*, 1883, n° 17.

(3) FRANK. *Thèse*, Strasbourg, 1880.

(4) LÖMER. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1883, p. 295.

rendue malaisée par la rigidité du col. On y renonce; et, le 12 novembre, on fait deux débridements du col: on peut alors reconnaître dans l'utérus deux fibromes: l'un à droite, l'autre à gauche. Ablation aisée de la tumeur gauche. Mais, au cours de l'énucléation du second noyau le péritoine est ouvert. Une grosse artère donne. Il faut recourir à la compression de l'aorte. Mort avec des signes d'anémie aiguë.

AUTOPSIE. — Rupture utérine. Péritonite adhésive.

OBSERVATION CLXXXVIII. — LÖMER (1) (résumée). — Ida R..., 31 ans, Entrée le 2 février 1883, à la clinique de l'auteur, pour des métrorrhagies profuses, dues à un myome utérin. Malade anémique, très nerveuse. Utérus gros et douloureux. Col long et étroit. La sonde entre à 10 centimètres. Annexes saines. Le 3 février, après irrigation phéniquée, dilatation avec une tige de Tupelo.

4 février. — Opération. Chloroforme. La résistance de l'orifice interne gêne l'introduction du doigt. Fibrome gros comme un œuf, sur la paroi antérieure. Grâce à un débridement double du col, on peut le saisir avec une pince de Museux, et l'enlever par morceaux. Au cours de cette manœuvre, déchirure au côté gauche de l'utérus. On s'arrête immédiatement, et, après une irrigation phéniquée, on passe un drain dans l'utérus, et dans la déchirure.

Pendant 10 jours, état relativement bon. A cette époque, signes de péritonite, qui enlève la malade le 17 février. On avait supprimé les drains au 3^e jour; mais en présence d'un écoulement abondant, on les avait remplacés de nouveau, en même temps qu'on reprenait les irrigations phéniquées.

AUTOPSIE. — Endométrite suppurée, lymphangite, péritonite débilitante. Petite collection enkystée, à gauche de l'utérus, et adhérence de l'intestin au niveau de la cicatrice de la déchirure: celle-ci siégeait à la hauteur de l'orifice interne, à gauche. Elle paraissait fermée par première intention.

OBSERVATION CLXXXIX. — CZERNY (2) (résumée). — Femme de 42 ans. Au cours d'une énucléation par voie vaginale d'un fibrome sous-séreux, œdémateux, implanté par une base large sur l'utérus, il perfore la paroi utérine. L'énucléation avait été rendue très laborieuse par la vascularité de la tumeur (on n'avait pas fait moins de 47 ligatures).

La déchirure mesurait 7 centimètres: l'auteur la suture, pour préserver la cavité péritonéale contre les sécrétions éventuelles de l'utérus.

La guérison fut longue, retardée par un suintement sanguin et une phlébite; mais sans aucune menace de péritonite.

(1) LÖMER. *Zeitschrift. für Geburts. und Gyn.*, 1883, p. 278.

(2) CZERNY. *Wiener Medizinische Woch.*, 1881, n°19, p. 525.

OBSERVATION CXC. — A. TANNER (1) (résumée). — *Corps étrange avec perforation possible.* — Il s'agit d'une femme qui avait avorté quatre semaines auparavant. Pour arrêter l'hémorragie elle se serait introduit dans le vagin un tampon de ouate porté sur une épingle à cheveux. A ce moment elle avait perdu connaissance et ensuite n'avait plus retrouvé l'épingle. Elle éprouvait de violentes douleurs à la garde-robe, en urinant et dans la station assise ; elle perdait aussi beaucoup de sang.

Au toucher on trouva l'utérus en rétroflexion, très gros, le col un peu entr'ouvert ; l'introduction d'une sonde dans l'utérus ni le toucher ne fournirent aucun renseignement sur l'existence d'un corps étranger intra-utérin. On fit la dilatation du col, et on procéda au curetage sans narcose. La curette ayant rencontré le corps étranger, il fut extrait au moyen d'une pince. On ne fit aucune injection consécutive dans la crainte d'une perforation et on tamponna seulement l'utérus à gaze iodoformée ; la guérison suivit.

OBSERVATION CXCI. — STICKNEY (2) (résumée). — Stickney est appelé à plusieurs reprises pendant 5 à 6 mois par une femme qui se plaint de la suppression de ses règles. Cette aménorrhée serait, d'après la malade, causée par un bain froid qu'elle avait pris au moment où la période menstruelle allait survenir ; d'après le dire de cette femme, elle ne pouvait être enceinte. Cathartiques, emménagogues, etc., ne produisent aucun résultat. Pendant près de deux mois, Stickney n'entend plus parler de sa cliente. Elle est soignée pendant ce temps par un médecin qui diagnostique une tumeur ne pouvant être guérie que par la ponction, et qui pratique cette opération à deux reprises différentes. Il déclare même qu'il faut faire une nouvelle ponction. Une nuit Stickney est appelé : il reconnaît que la tumeur est simplement un utérus gravide et que l'accouchement est imminent.

OBSERVATION CXCI. — BEAUSSENAT (inédite). — *Fausse perforation utérine.* — En 1896, dans le service de M. Pozzi, au cours d'un curetage, pour endométrite puerpérale, la curette de Volkmann pénètre dans l'épaisseur de l'utérus très ramolli, et ramène un fragment de *muscle utérin* de la grosseur d'une noisette.

Le diagnostic perforation semblant s'imposer, l'opérateur passa la main à M. Beausse nat, qui pratiqua l'hystérectomie vaginale. La malade guérit parfaitement.

(1) *Centralbl. f. gyn.*, 1892, n° 28.

(2) STICKNEY, cité in Lepage. *Ann. de gyn. et d'obst.*, oct. 1888, p. 268.

L'utérus présentait une perte de substance taillée comme à l'emporte-pièce en plein muscle, de la dimension d'une pièce de 50 centimètres; elle intéressait toute l'épaisseur du muscle; seul le péritoine était intact. *Il n'y avait donc pas plaie perforante.*

Observation de cathétérisme tubaire dont nous n'avons eu connaissance que d'une façon trop tardive pour pouvoir la faire figurer dans le groupe auquel elle appartient.

AHLFELD (1) (résumée). — Deux mois et demi après l'accouchement, il examine une malade, et lui trouve un utérus petit et rétroversé. La malade étant placée dans la position de Sims, une sonde est passée dans l'utérus, avec toutes les précautions d'usage. — Dans la région de la corne droite, la sonde entre à 16 centimètres, et on peut la sentir par la paroi abdominale. On n'avait nullement employé la force. Cinq semaines plus tard, la sonde est passée de même, et elle entre aussi facilement dans la trompe gauche. La malade n'en ressent aucun trouble. Quatorze jours plus tard, on ne peut plus reproduire cette manœuvre.

(1) *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 47, p. 1385.

CONCLUSIONS

I. Les plaies de l'utérus de dehors en dedans n'ont été observées qu'au cours de la grossesse ; elles présentent les mêmes indications que toutes les plaies pénétrantes de l'abdomen ; l'intervention y est rendue plus urgente par suite de la vascularité de l'organe.

II. L'expulsion du fœtus en est la conséquence constante. Sa mort en est la conséquence habituelle. La conservation ou le sacrifice de l'utérus ne dépendent que du degré des lésions directement constatées.

III. Les plaies de l'utérus produites de dedans en dehors sont des lésions exceptionnellement bénignes ; leur gravité peut venir :

De la septicité particulière de l'utérus ou des instruments ;

Des lésions étendues de la paroi utérine ;

Des lésions secondaires des autres organes abdominaux, en particulier de l'intestin.

IV. Les plaies non compliquées ne réclament d'autre traitement que le tamponnement, l'immobilité, l'abstention de toute injection intra-utérine.

V. Les plaies compliquées (pour une des causes sus-énoncées)

sont une indication à la laparotomie. Celle-ci pourra rester purement exploratrice, ou aboutir suivant les cas :

Au drainage du péritoine ;

Au drainage abdomino-vaginal de l'utérus ;

A la suture utérine ;

A l'hystérectomie supravaginale et, exceptionnellement, totale.

VI. L'hystérectomie vaginale ne peut être légitime que dans les cas d'utérus sénile ou d'infection puerpérale aiguë.

VU :

Le doyen,

P. BROUARDEL.

VU :

Le président de thèse,

TILLAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



CHARTRES — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT